UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 38

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ DES SUJETS AGES DE PLUS DE 60 ANS

(à propos de 250 observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement en Mai 1964

PAR

ROBERT ESTEVE

Ancien Externe des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY :

MM. MOREL L. *Président*

DAMBRIN

DELAUDE *Assesseurs*

MIGUERES J.

LE TALLEC *Suppléant*

CENTRE D'EDITIONS UNIVERSITAIRES DE L'A.G.E.T.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0007

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 38

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ DES SUJETS AGES DE PLUS DE 60 ANS

(à propos de 250 observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement en Mai 1964

PAR

ROBERT ESTEVE

Ancien Externe des Hôpitaux

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

MEMBRES DU JURY :

MM. MOREL L. *Président*

DAMBRIN

DELAUDE *Assesseurs*

MIGUERES J.

LE TALLEC *Suppléant*

CENTRE D'EDITIONS UNIVERSITAIRES DE L'A.G.E.T.

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : *Monsieur LAZORTHES*

1er Assesseur : *Monsieur BLANC*

2ème Assesseur : *Monsieur SOREL*

Doyens honoraires : *Messieurs GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER*

Professeurs honoraires : *MM. RIBAUT, VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BONHOURE, BUGNARD.*

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	M. MERIEL
Clinique médicale	M. GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique	M. FABRE Pierre
Clinique chirurgicale et du cancer	M. GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	M. VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	M. BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et path. interne	M. MOREL
Clinique des Maladies des voies urinaires	M. LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture	M. SOREL
Clinique médicale de la 1ère Enfance	M. BARDIER
Clinique de neuro-chirurgie	M. LAZORTHES
Clinique neurologie et psychiatrique	M. GERAUD
Clinique obstétricale	M. GUILHEM Paul
Clinique odonto-stomatologique	M. CADENAT
Clinique ophtalmologique	M. CALMETTES
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale	M. CALVET
Clinique traumatologique des membres	M. RIEUNAU
Clinique rhumatologique	M. RUFFIE René
Accouchement et obstétricie sociale	M. PONTONNIER
Anatomie	N....
Anatomie appliquée	M. POULHES

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jacques
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale	M. ANDRIEU
Chimie biologique	M. VALDIGUIE
Electro-radiologie	M. MARQUES
Embryologie générale	M. BROUSSY Jean
Histologie	M. BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	M. PLANQUES
Médecine sociale	M. N...
Parasitologie	M. BOUISSET
Pathologie chirurgicale	M. DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	M. SENDRAIL
Physico-chimie	M. AUVERGNAT
Physiologie	M. LAPORTE Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie	M. BAISSET
Physique biologique et médicale	M. N...
Propédeutique médicale	M. LAPORTE Jacques
Thérapeutique	M. DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	M. COULOUMA
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Biochimie médicale	M. DOUSTE-BLAZY
Maladies infectieuses	M. ARMENGAUD
Médecine générale	M. MONNIER
Oto-Rhino-Laryngologie	M. CLAUX
Pathologie médicale	M. BOULARD
Pathologie chirurgicale	M. LAGROT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie et Embryologie	M. PLANEL
Ophtalmologie	M. DEODATI
Parasitologie	M. RUFFIE Jacques
Physiologie	M. MONTASTRUC
Physique médicale	M. BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	M. BASTIDE
Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU
Anesthésiologie	M. LARENG
Carcinologie	M. ESTRADE
Chirurgie générale	M. ENJALBERT
- -	M. GEDEON
- -	M. SARRAZIN
- -	M. SOUQUET
Electroradiologie	M. PONS
Hématologie	M. DUCOS
Histologie et embryologie	M. GUILHEM André
Pathologie expérimentale	M. GLEIZES
Physiologie	M. BESSOU
Physique médicale	M. COMMANAY
Pneumo-phtisiologie	M. MIGUERES

AGREGES

Médecine générale	M. RIBAUT
-	M CALAZEL
-	M. RASCOL
-	M. LE TALLEC
-	M. RIBET
Chirurgie générale	M. FICAT
-	M. PASQUIE
-	M. GAUBERT
Dermatologie et syphiligraphie	M. DUPRE
Hydrologie	M. DENARD
Médecine légale	M. GREZES-RUEFF
Neurochirurgie	M. ESPAGNO Jacques
Neurologie et psychiatrie	M. GAYRAL
Obstétrique	M. ESPAGNO Guy
Ophtalmologie	M. BEC
Pneumo-phtisiologie	M. DELAUDE

AGREGES LIBRES

Anatomie	M. THOMAS
Pathologie chirurgicale	M. DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATH
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	M. BOURBON
Chimie pharmaceutique	M. BLANC
Matière médicale	M. VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	M. CAUJOLLE
Pharmacie galénique	M. STANISLAS
Zoologie	M. ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique	M. ROQUES
Pharmacie	M. COUTURIER
Sciences Naturelles	Mme CAUJOLLE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie	M. BREUILLAUD
Sciences Physiques	M. PITET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Toxicologie	M. BROUSSY George

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	M. ROCHE
Secrétaire	M. BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891).

A MA FEMME

Pour l'aide qu'elle m'a apportée
tout au long de ce travail.

A MES PARENTS,

En témoignage de mon affection.

A MON FILS,

A MA FAMILLE,

A MES COMPAGNONS D'EXTERNAT
et particulièrement à N. OUESTERLE

pour son amicale collaboration

A MES AMIS,

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS MOREL

Professeur de Pathologie Interne et de Clinique
des Maladies de la Tuberculose
Chevalier de la Légion d'Honneur.

En nous accueillant dans votre service vous nous avez fait profiter avec bienveillance de votre grande expérience.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMBRIN

Professeur de Pathologie Externe,
Chirurgien Thoracique des Hôpitaux ,
Chef du Service de Chirurgie Thoracique,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre.

Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour nous avoir conseillé et avoir accepté de participer à notre Jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAUDE

Professeur Agrégé de Médecine générale
Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MIGUERES

Maitre de Conférences,
Agrégé de Pneumo-Phtisiologie
Médecin des Hôpitaux

En nous suggérant ce travail, en nous conseillant dans sa réalisation vous nous avez appris à être rigoureux, clair et exact.
Maître ferme mais toujours disposé à nous aider vous nous avez profondément marqué de votre personnalité ; nous vous exprimons notre plus profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE TALLEC

Agrégé de Médecine Générale

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance, pour avoir accepté de participer à notre Jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. RIEUNAU

Professeur de Clinique Traumatologique des Membres

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Par votre amicale compréhension vous nous avez permis de préparer notre spécialité. Veuillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIRAT

Chef de Clinique à la Faculté

En témoignage de gratitude pour l'enseignement que vous nous avez prodigué durant notre stage d'Externe.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. GIRARD

Ex. Chef de Clinique

Vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance.
Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

La tuberculose pulmonaire est, surtout depuis l'avènement des antibiotiques, en recul constant dans le monde entier et, plus particulièrement, dans les pays occidentaux ; il est même des Pays d'Europe du Nord où son éradication peut être espérée dans un proche avenir.

Cependant l'un des derniers bastions qui s'oppose à la lutte organisée sur un mode universel depuis 1947 est la **tuberculose des sujets âgés.**

Son importance est telle qu'un symposium lui fut consacré au Congrès International de lutte contre la Tuberculose de Toronto (1961). En effet, non seulement le nombre de sujets âgés croît dans la population actuelle, mais encore l'atteinte bacillaire devient de plus en plus fréquente chez eux, l'adolescent et l'adulte jeune paraissant seuls tirer bénéfice de la lutte antituberculeuse.

Il nous a paru intéressant de contribuer au travail déjà entrepris par de nombreux et éminents auteurs par l'étude de 250 cas de tuberculose pulmonaire chez des sujets âgés de plus de 60 ans hospitalisés dans le Service de Pneumophtisiologie de l'Hôpital Purpan entre 1947 et 1963.

Pourquoi avoir choisi des malades de plus de 60 ans ?

Parce que, à notre avis, il s'agit là d'une période de transition entre la vie active - donc rémunérée et surveillée sur le plan médical - et une vie de «retraite» mais aussi, souvent, de dénuement dans une solitude pénible.

D'autre part, nous n'avons pas fait de distinction d'emblée entre les vieilles tuberculoses survenues des années auparavant et subissant une poussée ou rechute au-delà de 60 ans, et les tuberculoses apparues à partir de la soixantaine.

Ce qui nous intéresse c'est l'aspect, tant clinique qu'évolutif, de la tuberculose chez le sujet âgé sans tenir compte - à priori - de l'ancienneté de la maladie.

Quel que soit le cas - en effet - l'important est le dépistage de la maladie **actuelle** *à un stade précoce, mais chez le sujet âgé, cette découverte n'est souvent que tardive le malade ayant eu le temps de constituer une tuberculose pulmonaire grave et étendue et d'essaimer des bacilles dans son entourage.*

Le retard apporté au diagnostic est d'autant plus grave que le contexte pathologique dû à l'usure de l'organisme apporte un élément péjoratif au pronostic soit en favorisant et aggravant l'évolution de la tuberculose pulmonaire, soit en évoluant pour son propre compte alors que l'atteinte bacillaire s'améliore.

Cependant l'apparition puis la codification du traitement antibiotique a permis de modifier de façon radicale le pronostic de l'atteinte tuberculeuse - malgré les échecs dus à l'indiscipline des malades.

C'est ainsi que grâce à un dépistage intensifié et un traitement rigoureux la tuberculose du sujet âgé, refuge actuel de la tuberculose pulmonaire, pourra en arriver au stade ultime de l'éradication.

Nous avons scindé notre étude en trois parties distinctes :

– dans un premier temps nous avons fait le bilan des idées actuelles sur la tuberculose du sujet âgé.

– puis nous avons analysé 250 dossiers de notre service.

– enfin, dans un troisième temps nous avons confronté nos résultats avec ceux des autres auteurs ayant étudié la tuberculose des sujets âgés.

SOMMAIRE

CONCEPTION ACTUELLE DE LA TUBERCULOSE DU SUJET AGE

I. EPIDEMIOLOGIE :

Historique
Augmentation de la durée moyenne de la vie
Augmentation de la morbidité et de la mortalité chez le vieillard
Contexte social : conditions de vie
métier exercé.

II. ETIOLOGIE :

1°) Antécédents et associations morbides
- antécédents tuberculeux :
- association à d'autres affections pulmonaires
- associations morbides extra-pulmonaires
. affections faisant plus particulièrement le lit de la tuberculose
- diabète
- ulcère gastro-duodénal
- cirrhose alcoolique
. affections sans relation avec la tuberculose pulmonaire.

2°) Ancienneté de la maladie.

3°) Le rôle de la sénescence sur la qualité du parenchyme et sur l'efficacité de la fonction respiratoire est certain.

Rôle de ces facteurs sur l'aspect clinique et l'évolution de la tuberculose chez le sujet âgé.

III. CLINIQUE :

Modes de début
- bruyants
- subaigus
- latents découverts à l'examen systématique.

Formes radio-cliniques à l' entrée :

. formes radio-cliniques communes à l' adulte et au sujet âgé.

- ulcérées.
- infiltratives
- fibreuses
- topographie des lésions.

. Images semblant caractériser la tuberculose du vieillard

Bilan biologique

. Bacilloscopies

. Vitesse de sédimentation

. autres tests biologiques : électrophorèse des protides
tests hépatiques
explorations fonctionnelles respiratoires.

. Etude de l'allergie tuberculinique.

IV - TRAITEMENT - EVOLUTION :

1°) Traitement médical et chirurgical.

2°) Evolution et pronostic

Evolution défavorable : décès

Evolution favorable : - aggravation sous traitement
- immédiate : disparition de tous signes évolutifs
régression considérable
le statuquo
- lointaine.

ANALYSE DES 250 CAS PERSONNELS

Matériel d'étude.
Répartition.

I. ANTECEDENTS

1°) Antécédents héréditaires et collatéraux.

2°) Antécédents personnels :

- Métiers exercés
- Antécédents et associations morbides
  - . tuberculeux : pleuro-pulmonaires
    extra-pulmonaire.
  - . non tuberculeux :
    - . faisant plus particulièrement le lit de la tuberculose :
      diabète
      ulcus gastrique
      cirrhose éthylique
    - . sans relation directe avec la tuberculose
      broncho-pulmonaires
      extra-pulmonaires.

3°) Ancienneté de la maladie :
- atteintes bacillaires anciennes
- atteintes bacillaires de découverte récente

II. CLINIQUE :

1°) Modes de début clinique :
Les manifestations : subaigues
bruyantes
latentes

2°) Bilan à l'entrée :
- Clinique : signes fonctionnels
physiques
généraux

- radiologiques : étude descriptive
essai de classification

- biologique : bacilloscopies
vitesse de sédimentation
allergie tuberculinique

3°) Evolution :

Immédiate : - période préantibiotique avant 1948
- débuts de la période antibiotique 1948-1953
- période de standardisation du traitement antituberculeux 1953 - 1963.

Evolution lointaine :
- guérisons
- amélioration nette pouvant faire espérer la guérison dans un proche avenir
- statuquo
- aggravation
- décès

CONFRONTATION BIBLIOGRAPHIQUE

CONCLUSION

PREMIERE PARTIE

CONCEPTION ACTUELLE DE LA TUBERCULOSE DU SUJET AGE

EPIDEMIOLOGIE

Les médecins ont toujours reconnu que la tuberculose n'épargnait pas le sujet âgé.

Déjà Hippocrate et Celse signalaient dans leurs écrits l'existence d'atteinte pulmonaire chez les vieillards mais considéraient qu'elle prédominait chez le jeune.

Laennec (1825) écrivait « (cette maladie) est très fréquente dans la vieillesse, même avancée : j'ai fait l'ouverture du corps d'une femme de 99 ans et quelques mois qui avait succombé à cette maladie ».

Cependant - Louis n'en observait que 11 sur 225 malades (4 °/°)

Day (Londres 1849) signalait sur 53.048 décès, 1867 cas (3,5°/°)

Maton (Philadelphie 1860) en relevait 36 sur 416 malades (8,65°/°)

Vulpian, à la Salpétrière, sur 130 autopsies de femmes âgées de plus de 60 ans notait 19 cas de tuberculose, soit 14,4 °/°.

Barié (1895) conclut dans ses recherches sur la tuberculose sénile « on devient tuberculeux à tout âge et la phtisie fait de nombreuses victimes même chez le vieillard».

Plus près de nous, vers 1930 le taux maximum d'atteinte

tuberculeuse se situait chez l'homme entre 45 et 49 ans et chez la femme entre 20 et 40 ans atteignant des chiffres de 250 à 300 pour 100.000 habitants.

A l'heure actuelle on s'accorde pour constater d'une part l'allongement de la durée moyenne de la vie (passée de 39 à 67 ans en un siècle) et l'augmentation de la proportion des sujets âgés dans la population et, d'autre part, la proportion croissante des vieillards parmi les tuberculeux pulmonaires.

AUGMENTATION DE LA DUREE MOYENNE DE LA VIE

Ce phénomène est bien étudié par Lesobre dans son étude sur la tuberculose du vieillard. Il montre que la proportion croissante des vieillards dans la population s'explique d'une part par la plus grande longévité et d'autre part par la dénatalité dont a souffert la France jusqu'en 1945.

Il était aussi noté par Chebanov au Congrès International de Toronto.

AUGMENTATION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE CHEZ LE VIEILLARD

Fréour, comparant les pourcentages de baisse de mortalité par tuberculose pulmonaire en fonction de l'âge et du sexe entre 1927-28 et 1958-59, constate :

	Hommes	Femmes
20 - 29 ans	98 °/°	98 °/°
30 - 39 ans	92 °/°	93 °/°
40 - 49 ans	84 °/°	89 °/°
50 - 59 ans	70 °/°	85 °/°
60 - 69 ans	40 °/°	75 °/°
70 - 79 ans	8 °/°	50 °/°

Ces chiffres permettent de tirer diverses conclusions :

– la baisse de mortalité a surtout été sensible chez les jeunes et le sexe féminin.

– la tuberculose pulmonaire se rencontre chez le vieillard avec une fréquence difficilement admissible à notre époque dans les pays à développement avancé.

Ce grave problème a fait l'objet de nombreuses recherches au cours des dernières années : Etienne Bernard évaluant la «Mesure du péril tuberculeux» en France d'après les statistiques de dispensaire insiste sur la différence de fréquence de la tuberculose suivant le sexe : «en 1956 les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqués par les dispensaires se sont élevés à un nombre qui représente pour 100.000 hab., 39 chez la femme et 96 chez l'homme soit deux fois et demi plus chez ce dernier. L'écart est double de 30 à 40 ans, trois fois et demi plus élevé de 40 à 50 ans et six fois à partir de 50 ans». Il montre par ailleurs que la courbe de morbidité ne descend pas à la même vitesse que celle de la mortalité, ce phénomène étant lié non seulement à une fréquence encore grande de nouveaux cas, mais encore à la masse des chroniques.

Lesobre, Chebanov, Balmes, Amsler, insistent sur l'augmentation des cas de tuberculose de sujets âgés traités dans les services de Phtisiologie.

Pour Gurich «cette flambée ne provient pas de l'apparition de cas vraiment nouveaux, mais «on doit l'attribuer à une détection plus efficace de l'ensemble des malades par les examens systématiques et de contrôle, et à une plus longue survie des tuberculeux. '

A ce sujet il faut regretter qu'en France le vieillard échappe complètement au dépistage systématique (ce qui s'explique par le fait que celui-ci ne fasse partie d'aucune collectivité surveillée. '

CONTEXTE SOCIAL

CONDITIONS DE VIE

Le mal dont souffre le plus le sujet âgé est l'isolement et surtout *l'isolement familial :* comme le dit si bien Fréour «aujourd'hui la famille, réduite progressivement au couple et à quelques enfants n'offre plus la même place structurée pour l'homme âgé. Celui-ci n'y a plus aucune occupation possible... Les transformations de l'existence et, en particulier, l'importance prise par la vie citadine, les modifications du logement et son exiguïté, constituent des faits sociologiques d'importance qui rendent encore plus difficile la situation de l'homme âgé auprès du couple». '

Sa situation est particulièrement tragique lorsqu'il est obligé de prendre sa «retraite» « à ce moment l'insuffisance des ressources, l'insalubrité du logement, la solitude constituent un terrain particulièrement propice à la tuberculose. '

METIER EXERCE

Celui-ci ne semble guère jouer par lui-même un rôle très significatif sauf lorsqu'il comporte un risque silicogène : c'est l'avis de Lesobre et de Baticle qui constate dans sa thèse que «si une forte proportion de tuberculeux se recrute naturellement dans les classes dites laborieuses, c'est-à-dire ouvriers et cultivateurs, l'âge des malades fait que la catégorie des retraités et des sans professions est aussi largement représentée ».

Par contre J. Renard estime que l'activité physique joue un rôle dans l'apparition de la tuberculose, mais il ne cite aucun métier en particulier.

Cependant, par ordre de fréquence, on trouve (Baticle thèse Bordeaux 1961) : sur 127 malades :

- ouvriers 44
- artisans 11
- commerçants 7
- cultivateurs 15
- sans profession ou retraités 36
- fonctionnaires ou employés de bureau 7
- professions libérales 2
- article 115 5

Il ressort de cette statistique que ce sont les classes les moins favorisées qui payent le plus lourd tribut à la tuberculose : classes parmi lesquelles se recrutent aussi la majorité des éthyliques - et l'on sait l'importance de l'alcoolisme comme facteur prédisposant à la tuberculose - Nous y reviendrons d'ailleurs dans l'étude des antécédents.

ROLE DE LA SENESCENCE

Il ne semble pas que la sénescence soit en elle-même un facteur de tuberculisation. Les diverses études faites sur ce sujet montrent que les malades se recrutent, au-dessus de 60 ans, avec une fréquence correspondant à la «chance de survie» et non pas proportionnellement à l'âge. Par contre, le vieillissement de l'organisme comme nous le verrons, constitue l'une des principales particularités des tuberculoses du vieillard.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

ANTECEDENTS ET ASSOCIATIONS MORBIDES

Ces deux facteurs ne peuvent pas être dissociés car les affections qui ont fait le lit de la maladie (telles qu'une autre localisation tuberculeuse, l'ulcus gastrique ou le diabète) persistent souvent et jouent un rôle capital dans l'évolution de la maladie.

PARMI LES ANTECEDENTS TUBERCULEUX

La pleurésie sérofibrineuse vient au premier rang, bien qu'on ne puisse juger exactement de sa fréquence du fait que le diagnostic n'ait pas toujours été confirmé par la ponction ; mais il faut savoir que lorsqu'elle survient tardivement, elle est suivie d'atteinte pulmonaire dans l'année qui suit pour une proportion voisine de 100 °/°.

Les autres localisations tuberculeuses, laryngées, ostéo-articulaires, ganglionnaires, nerveuses sont beaucoup moins fréquentes. Quant aux atteintes tuberculeuses pulmonaires antérieures, elles posent un problème que nous étudierons séparément.

L'ASSOCIATION A D'AUTRES AFFECTIONS PULMONAIRES

Présente un intérêt particulier, à la fois du fait de sa fréquence et de son rôle dans l'aspect clinique et l'évolution de la maladie.

On trouve par ordre d'importance décroissante :

- emphysème et bronchite chronique dont l'incidence est diversement appréciée mais qui viennent incontestablement en tête des affections pulmonaires non tuberculeuses.

Loin derrière arrivent ;

- asthme
- insuffisance respiratoire chronique
- dilatation des bronches

Les pneumoconioses, nous l'avons vu, constituent une étiologie bien particulière dont la fréquence varie d'ailleurs géographiquement.

LES ASSOCIATIONS MORBIDES EXTRA-PULMONAIRES

Peuvent être réparties en deux groupes : les uns ayant un rôle favorisant notoire, les autres n'ayant la valeur que d'une coïncidence liée au terrain athéroscléreux ou la sénescence.

1. affections faisant le lit de la tuberculose pulmonaire ce sont essentiellement les troubles digestifs et, en particulier, l'ulcère gastroduodénal, le diabète et la cirrhose alcoolique.

L'Ulcère gastroduodénal entrainant dénutrition et hypoprotidémie importantes, est souvent signalé par les auteurs dans les antécédents immédiats de la tuberculose pulmonaire. La survenue de celle-ci chez des sujets récemment gastrectomisés est, en particulier, bien classique.

Le diabète, associé à la tuberculose, a fait l'objet d'importantes études, dont celles des auteurs Nord Américains, celles de Brun, Boulin et Bour en France. L'aspect de la tuberculose s'est

modifié depuis que Pidoux la décrivait chez les diabétiques ne bénéficiant d'aucun traitement, comme une tuberculose froide, sèche et sans réaction. Selon Bariéty dans la majorité des cas (85 °/°) la tuberculose survient après la découverte du diabète ; dans 10 °/° des cas les deux affections sont simultanées et 5 fois seulement la tuberculose évolue déjà depuis un certain temps lors de l'apparition du diabète. Ce diabète souvent franc (60 °/°), survient surtout chez le jeune de 25 ans mais aussi aux alentours de la cinquantaine plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

Ce rôle favorisant du diabète a été diversement expliqué :

- pour certains l'augmentation du glucose tissulaire favoriserait la pousse du B.K.

- d'autres ont invoqué : la dénutrition azotée, la déminéralisation, un défaut de production d'anti-corps (baisse de l'allergie), l'hypovitaminose A enfin. Les deux maladies s'aggravent réciproquement et, par voie de conséquence, la stabilisation de l'une est nécessaire à celle de l'autre.

Le rôle de l'éthylisme, enfin, est souligné par la plupart des auteurs. Barié affirmait : «en ce qui concerne la tuberculose sénile, l'influence de l'alcoolisme est encore plus difficile à interpréter, car il est rare que l'alcoolique devienne vieux » ; mais il semble que si, effectivement, les grands alcooliques ne se rencontrent guère, surtout après 70 ans, une grande partie des tuberculeux âgés est affligée de ce vice.

C'est ce que pensent Voisin et Dumarest pour lesquels « c'est l'intoxication alcoolique, très répandue dans cette tranche d'âge (37 °/° chez les hommes, 3 °/° chez les femmes) et poursuivie en milieu sanatorial, qui influence le plus l'évolution de la maladie et l'efficacité thérapeutique.

La très nette différence de fréquence de l'éthylisme suivant

le sexe, généralement admise, explique en partie aue l'on trouve trois fois plus d'hommes que de femmes dans les statistiques.

a) Les affections cardio-vasculaires viennent au premier rang des

2. maladies n'ayant pas de relations avec la tuberculose ; mais par la fréquence, la gravité possible de leur atteinte, jouent un rôle non négligeable dans l'évolution de la maladie. Elles sont extrêmement variées mais on peut citer parmi les plus souvent rencontrées :

- l'athérosclérose et son cortège pathologique,
- l'insuffisance cardiaque,
- l'artérite des membres inférieurs,
- les troubles coronariens
- les néphropathies d'origine cardio-vasculaire

b) plus secondairement on note

- cancer : Bariéty étudiant cette association constataient :
  - une fréquence de 9,6 °/°
  - un âge moyen de 55 ans
  - une exclusivité chez l'homme
  - la précession habituelle de la tuberculose
  - le siège habituellement homolatéral du cancer et de la tuberculose.
- les manifestations neurologiques
- les manifestations urinaires, ostéo-articulaires..

Il faut souligner le rôle capital que jouent ces associations dans la tuberculose du vieillard ; on peut même dire que ce sont elles qui contribuent le plus à lui conférer sa physionomie. Chebanov le remarquait dans son rapport au Congrès de Toronto : «ces maladies concomitantes modifient le cours de la tuberculose, entrainent des limitations dans l'éventail des mesures

thérapeutiques que l'on pourrait prendre et en limitent l'efficacite. Elles provoquent également des retards dans l'établissement du diagnostic du fait que les personnes âgées ont tendance à confondre les troubles provoqués par la tuberculose à l'une ou l'autre maladie concomitante, ou à les attribuer à la vieillesse ».

ANCIENNETE DE LA MALADIE

Ce chapitre a été l'un des plus discutés de la tuberculose du vieillard.

Il a été longtemps soutenu que la tuberculose du vieillard ne représentait que le réveil d'une tuberculose ancienne ; Springett affirmait encore récemment que «la tuberculose pulmonaire chez les sujets âgés de plus de 50 ans est principalement due à une dégradation tardive de foyers existant depuis le début de l'âge adulte. On estime à l'heure actuelle que les tuberculoses récentes sont aussi fréquentes que les formes très anciennes se prolongeant dans l'âge mûr.

Uelingher distingue ainsi :

I. les tuberculoses dont l'origine remonte aux premières décennies de la vie des malades, c'est-à-dire les tuberculoses de très grande ancienneté.

II. les tuberculoses apparues pour la première fois au cours des dernières années de la vie et qui constituent, au sens le plus strict, les tuberculoses du vieillard.

ROLE DES ALTERATIONS STRUCTURALES DU THORAX DU SUJET AGE

Bour définit ainsi la «situation anatomique»

– modification de la cage thoracique secondaire à une cyphose dorsale,

– modification et orientation des courbures costales et projection antérieure du sternum, ossification des cartilages costaux, ankylose des articulations costo-vertébrales, diminutio . d'amplitude des mouvements de la cage thoracique.

– modification de la musculature, d'où moindre capacité à l'effort, à la toux.

– modification des commandes nerveuses et mauvaise coordination neuro-musculaire.

– altération des structures broncho-pulmonaires.

La situation fonctionnelle ainsi campée a d'ailleurs fait l'objet d'une communication d'Et. Bernard et Gamain au XVI° Congrès International de la tuberculose. Ces auteurs posaient la question suivante : «le vieillissement du parenchyme pulmonaire a-t-il des conséquences physiopathologiques susceptibles de modifier l'allure clinique et l'évolution de la maladie ?

Pour eux :

1. LE ROLE DE LA SENESCENCE SUR LA QUALITE DU PARENCHYME ET SUR L'EFFICACITE DE LA FONCTION RESPIRATOIRE EST CERTAIN :

Les trois éléments essentiels sont :

– la perte d'élasticité du tissu pulmonaire,

– la grande fréquence chez l'homme âgé de la bronchite chronique et de l'emphysème,

– la réduction de la circulation pulmonaire.

L'exploration fonctionnelle de plus de 200 tuberculeux pulmonaires de plus de cinquante ans leur a permis de constater :

– dans 10 °/° des cas seulement une fonction normale,

– dans 40 °/° des cas, un emphysème patent,

– dans une proportion identique, une bronchite chronique,

– dans 10 °/° des cas enfin, une amputation de la capacité vitale, sans altération du débit respiratoire.

Et ils ajoutaient : « ce groupe se différencie considérablement d'un lot témoin de tuberculeux jeunes (âgés de 20 à 30 ans) chez qui nous avons trouvé :

– 44 °/° de fonctions normales

– 10 °/° d'emphysémateux

– 33 °/° de bronchitiques

– 13 °/° de fonctions diminuées par un trouble «restrictif».

II. CES FACTEURS PEUVENT-ILS MODIFIER L'ASPECT CLINIQUE ET L'EVOLUTION DE LA TUBERCULOSE DES SUJETS AGES ?

1°) Parfois la tuberculose peut déclencher la décompensation brutale d'une insuffisance respiratoire chronique,

2°) En ce qui concerne le diagnostic, la toux et l'expectoration peuvent sembler banales chez un sujet âgé et bronchitique de longue date,

3°) Les réactions spontanées du parenchyme à la tuberculose sont différentes de celles du sujet jeune, en raison des altérations du tissu pulmonaire,

4°) Les possibilités thérapeutiques risquent également d'être amoindries chez le sujet âgé :

. le traitement médical peut être moins efficace si l'apport d'antibiotiques aux lésions est insuffisant, par suite de la réduction de la circulation pulmonaire.

. la chirurgie est souvent délicate car la marge de sécurité fonctionnelle est précaire.

5°) Enfin il faut savoir que la guérison clinique, radiologique, et bactériologique de la tuberculose s'accompagne très souvent de séquelles fonctionnelles, plus ou moins importantes suivant l'étendue des lésions et la durée de la maladie ».

Nous concluerons avec eux :

«Ces considérations pessimistes ne sont pas absolues et nombre de tuberculeux âgés peuvent guérir dans de bonnes conditions ; mais il est nécessaire de connaître les écueils auxquels peut se heurter le traitement de ces sujets, et d'en comprendre les raisons physio-pathologiques».

MODES DE DEBUT CLINIQUES

(ou plutôt troubles ayant amené le malade à consulter sans préjuger de l'ancienneté de la maladie.)

Dans ce domaine, comme dans bien d'autres, certaines notions aujourd'hui périmées sont longtemps restées classiques . Ainsi Berthier écrivait-il en 1921 « ce qui caractérise cette forme sénile, c'est sa torpidité et le peu de corrélation entre les désordres anatomiques et les réactions fonctionnelles et même générales..» ajoutant en guise de conclusion:« ce diagnostic ne présente pas un grand intérêt thérapeutique ».

S'il ne faut pas méconnaître l'existence de débuts absolument insidieux, masqués par une affection banale et chronique, il est exagéré d'affirmer que ce sont les seuls. En effet :

LA SYMPTOMATOLOGIE INITIALE PEUT ETRE BRUYANTE :

. parfois une *hémoptysie* ouvre la scène (14 °/° des cas pour J. Renard, Balmès) soit isolée, soit accompagnée d'une atteinte de l'état général. Elle est généralement de faible abondance mais inquiète suffisamment le malade pour l'amener à consulter

dans d'autres cas il s'agit d'un *syndrome pulmonaire* aigu (26 °/°) de type broncho-pneumonique ou même miliaire évoluant sur un terrain débilité ou taré. Les radiographies peuvent révéler alors soit des lésions disséminées d'aspect évolutif récent, soit une tuberculose dont certains détails (fibrothorax, pachypleurite, calcifications...) font penser à une tuberculose déjà ancienne qui est en train de subir une poussée aiguë.

. il arrive, plus rarement il est vrai, qu'une *pleurésie séro-fibrineuse* inaugure la maladie. Les dernières recherches faites à ce sujet montrent que chez le vieillard près de 100 °/° des pleurésies sérofibrineuses tuberculeuses se compliquent, si elles ne sont pas correctement traitées, de tuberculoses pulmonaires (proportion bien plus élevée que chez le jeune).

LES DEBUTS SUBAIGUS SONT FREQUENTS (RENARD : 45°/°)

Ceci s'explique par le fait que beaucoup de malades âgés, habitués à tousser, à cracher, ne s'inquiètent de la recrudescence de ces symptômes et ne consultent que lorsque leur état général s'altère gravement.

Les signes fonctionnels sont en effet des plus banals : toux de fréquence, d'abondance et de type très variable, expectoration muqueuse, muco-purulente ou franchement purulente, dyspnée sans signification particulière...

Par contre, l'asthénie, l'amaigrissement, - la fièvre étant inconstante - sont plus souvent à l'origine de l'hospitalisation qui dans bien des cas, d'ailleurs, est faite dans un service de médecine générale.

LA DECOUVERTE DE PRIMO-INFECTIONS
CHEZ LES PETITS ENFANTS OU D'AUTRES CONTAGES FAMILIAUX

Est une circonstance relativement fréquente. Couve affirmait ainsi dans un récent colloque : « Nous observons une augmentation constante des enfants contaminés par des personnes âgées». Cette dissémination dans l'entourage familial ou social du vieillard tuberculeux est d'autant plus grave que la maladie a été plus longtemps ignorée.

– ceci nous amène à regretter une fois de plus l'insuffisance du dépistage systématique dans cette catégorie de population.

– signalons enfin la découverte assez fréquente lors du bilan général pratiqué à la suite d'une hospitalisation pour un motif quelconque de tuberculoses pulmonaires absolument latentes.

FORMES RADIO-CLINIQUES A L'ENTREE

L'aspect radio-clinique de la tuberculose du vieillard a fait l'objet de descriptions très variées.

Il semble qu'à l'heure actuelle on puisse distinguer :

– d'une part les formes habituelles de tuberculose de l'adulte. (En effet, comme nous le verrons, la tuberculose du vieillard ne diffère souvent pas de celle du sujet plus jeune).

– d'autre part les aspects qui semblent se manifester avec prédilection chez le sujet âgé.

1. Formes radio-cliniques communes à l'adulte et au sujet âgé :

FORMES ULCEREES

Il peut s'agir d'aspects très divers :

– infiltrat excavé « assez peu souvent rencontré, à l'état pur du moins ;

– aspect ulcéro-nodulaire fréquent (15 °/° des cas d'après Balmès qui d'ailleurs les trouve surtout chez les diabétiques)

— aspect ulcéro-fibreux : de l'avis général c'est le plus couramment observé (Chebanov 61 °/°, Balmès 67 °/°, chiffres peut-être au-dessus de la réalité).

Au total ces formes ulcérées constituent la majorité (60 °/° pour Dumarest, Brun, Renard...) leur nombre n'étant pas supérieur, proportionnellement, à celui observé chez l'adulte.

FORMES INFILTRATIVES

Elles représentent environ 35 °/° des cas (J. Renard), l'âge ne modifiant pas, une fois de plus, l'aspect de la tuberculose pulmonaire.

Le type radiologique en est varié, qu'il s'agisse d'infiltrats plus ou moins homogènes, de pommelures, etc...

FORMES FIBREUSES PURES

Contrairement à ce que l'on affirmait autrefois elles ne constituent pas, tout au moins au début, une forme typique et presque constante chez le vieillard ; elle n'est observée que dans 8 à 10 °/° des cas.

Enfin, les formes miliaires et broncho-pneumoniques sont peu souvent signalées dans les travaux parus sur la question.

LA TOPOGRAPHIE DES LESIONS

Ne présente pas de particularité chez le vieillard. Les avis sont d'ailleurs partagés à ce sujet sur le point de savoir si les formes uni ou bilatérales prédominent.

II. Images semblant caractériser la tuberculose du vieillard :

L'atteinte apicale a été soulignée depuis longtemps par les phtisiologues : déjà, au 19ème siècle, des auteurs comme Barié le signalaient dans leurs études. A l'heure actuelle Brun évalue leur fréquence à environ 30 °/° ; Dufourt décrivait toute une gamme de formes fibreuses localisées au sommet :

- forme de sclérose discrète,
- forme fibreuse nodulo-infiltrative,
- forme de sclérose dense,
- lobite ulcéro-fibreuse...

Cette dernière localisation est, pour certains comme Biron, typique de la tuberculose du vieillard, pour d'autres particulière au sujet alcoolique (Gabler) ; il en est enfin, pour qui elle ne possède aucune spécificité.

L'étendue initiale des lésions semble être plus importante que chez l'adulte, de même que leur gravité. Baticle le signale dans sa thèse, Lesobre conclut de son étude de 150 cas de tuberculose du vieillard : « au total, et sans même tenir compte des malades dont le début de l'affection nous est resté ignoré, mais en incluant les deux silico-tuberculoses dans les cas graves, nous recensons 117 formes initialement graves ».

Amsler explique ce fait ainsi : «ces sujets âgés sont en général plus résistants plus durs au mal que les jeunes... et s'arrêtent plus tardivement ; » mais il faut aussi incriminer l'insuffisance de la surveillance médicale du sujet âgé.

Pour conclure on peut dire qu'à part quelques variantes la tuberculose du vieillard se présente comme une tuberculose pulmonaire banale, mais plus grave à son début que chez le jeune.

En est-il de même pour les autres éléments de diagnostic ?

BILAN BIOLOGIQUE

BACILLOSCOPIES

Si l'on considère les travaux effectués sur ce point le tuberculeux âgé donne une preuve bactériologique de son affection dans 70 à 80 °/° des cas ; un certain nombre présente des bacilloscopies positives seulement «par éclipses» ; il est enfin des malades (15 à 20 °/°) considérés comme tuberculeux par leur histoire clinique, la radiologie et les autres éléments d'orientation.

Ce caractère pauci ou abacillaire des lésions pose parfois de délicats problèmes thérapeutiques car l'on hésite toujours pour instituer un traitement long et parfois mal supporté, et éloigner de son milieu familial un individu pour lequel on ne possède pas de preuve absolue d'une atteinte tuberculeuse évolutive.

LA VITESSE DE SEDIMENTATION

Est des plus variables et pas toujours en relation apparente avec l'aspect clinique.

Elle peut être :

- normale du début à la fin de l'évolution
- normale au début, puis augmentée secondairement
- augmentée, de façon plus ou moins importante correspondant à un mode plus ou moins aigu de début de la maladie
- augmentée et le restant, malgré un aspect clinique et radiologique peu évolutif.

LES AUTRES TESTS BIOLOGIQUES

ELECTROPHORESE DES PROTIDES

Les quelques travaux faits sur cet examen n'ont pas permis d'apporter d'argument positif, de même que par les tests hépatiques ou le dosage de cholestérol. Ce fait s'explique facilement : non seulement, comme nous l'avons souligné, les tuberculeux âgés sont souvent des éthyliques ou des dénutris , mais encore il semble qu'on ne puisse tenir un grand compte d'épreuves biologiques pratiquées sur un organisme déjà «usé» donc ayant bien des raisons d'être modifiées en dehors même de la tuberculose.

L'EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

Ne présente pas d'intérêt diagnostic mais permet de faire la part de la pathologie broncho-pulmonaire associée et de constituer un élément de comparaison qui permet de suivre le progrès fonctionnel ou l'aggravation pendant la durée du traitement. Elle sera, nous le verrons, un argument de très haute importance lorsque l'on discute d'indication de la thérapeutique chirurgicale.

Il est deux faits sur lesquels on s'accorde actuellement :

1°) le nombre de sujets anergiques augmente avec l'âge dans la population.

2°) lorsqu'ils sont allergiques leur réaction à la tuberculine faiblit aussi progressivement.

Il faut noter au passage qu'il n'existe pas de différence entre les deux sexes, ce qui présente un intérêt épidémiologique certain.

Cependant Collas, Boul et Giraud notaient en conclusion de leur étude sur 654 pensionnaires d'Hospice «la baisse de l'allergie est surtout nette à partir de 60 ans, et elle s'accentue au-delà ». La tranche d'âge de *50 à 60 ans* est au contraire celle où l'allergie culmine.

C'est ainsi que pour Benda «ce n'est pas sur son caractère plus ou moins prononcé » que l'on peut faire le diagnostic de tuberculose évolutive.

TRAITEMENT - EVOLUTION

« Le tuberculeux âgé doit être soigné de la façon la plus active parce qu'il est susceptible de fournir les mêmes résultats définitifs ou temporaires que les autres tuberculeux (Amsler) ».

1. TRAITEMENT MEDICAL

De l'avis unanime, il doit être en tous points comparable à celui institué dans les autres catégories d'âge. C'est à dire qu'il doit associer :

1°) une hygiène de vie correcte : repos, alimentation

2°) une antibiothérapie :

. associée : triple avec PAS 15 g/j
strepto 1g/j puis 2t.par sem.
INH 10 à 15 mg/j + vit B6
Ethionamide 0,50 à 0,75/j

. orientée par l'antibiogramme systématique et utilisant

si nécessaire les antibacillaires de relais :

Cyclosérine
Kanamycine
Viomycine
Pyrazinamide ou Morphazinamide
Terramycine

. continue

. durable : 18 mois au moins

Cependant le médecin se heurte à certaines difficultés :

1. d'ordre psychologique : indiscipline et indocilité de la part du sujet âgé.

2. d'ordre organique : maladies associées interdisant certaines médications qui aggraveraient les troubles ; ainsi :

- les affections cardio-vasculaires (hypertension, insuffisance cardiaque) interdisent toute perfusion ,

- des troubles digestifs posent des problèmes pour l'administration d'éthionamide ou de PAS buccal ,

- des perturbations de la fonction rénale contrindiquent l'administration de viomycine, celles de la 8ème paire de nerfs crâniens l'administration de Kanamycine et de streptomycine.

Ces écueils devraient entraîner une modification péjorative du pronostic de la tuberculose du vieillard.

D'Esopo (New Haven EU) a présenté au Congrès International Contre la Tuberculose de Toronto (1961) une communication portant sur le résultat du traitement de la tuberculose pulmonaire chez des malades âgés de plus de 50 ans par comparaison avec des sujets plus jeunes.

Ce rapport, qui résume assez bien les résultats actuels tire les conclusions suivantes :

1. En ce qui concerne les malades auxquels un traitement chimiothérapique était appliqué pour la première fois les résultats sont meilleurs pour le groupe de moins de 50 ans. Cette différence n'est significative que pour les tuberculoses avancées (or c'est dans le groupe des sujets âgés que les lésions graves uni et bilatérales sont les plus nombreuses).

2. Les causes d'échec sont les mêmes dans les deux deux groupes mais à un degré différent.

– les intolérances médicamenteuses sont beaucoup plus fréquentes chez les sujets âgés (Springett). Toutefois ces phénomènes sont rarement responsables de l'échec du traitement.

– la fréquence des résistances médicamenteuses est plus élevée dans ce groupe. D'Esopo incrimine là l'indiscipline du malade âgé qui entraîne une irrégularité dans le traitement et de ce fait une prolongation de celui-ci.

La collapsothérapie n'est guère plus utilisée, sauf le pneumopéritoine, du fait de la détresse respiratoire qu'elle entraine dans la plupart des cas.

On peut, pour conclure, affirmer que la tuberculose du sujet âgé est médicalement curable-malgré les accidents et incidents plus fréquents - au même titre que la tuberculose de l'adulte.

2. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est devenu beaucoup moins important depuis l'avènement des antibiotiques. Ainsi Winkleman n'opère que 2,8 °/° de tous les malades de plus de 55 ans hospitalisés dans son sanatorium. Springett n'a recours au traitement chirurgical que lorsqu'il y a doute au sujet du diagnostic : « ce n'est que dans de rares occasions que nous y recourons en tant que partie intégrante du traitement primitif de la tuberculose pulmonaire ».

Actuellement les interventions les plus fréquemment pratiquées sont:

- exérèses, surtout segmentaires et lobaires ,
- thoracoplasties
- décortications

Le chirurgien est en effet limité par le fait, d'une part de l' usure de l' organisme du sujet âgé (nous retrouvons là l'importance de la pathologie associée) et, d'autre part, de la réduction des possibilités fonctionnelles du parenchyme pulmonaire:

C'est dire l' absolue nécessité d'un bilan cardio-respiratoire complet avant de porter une indication opératoire : étude des volumes et surtout débits respiratoires, de la capacité d'adaptation à l' effort, bronchospirométrie séparée, électrocardiogramme, parfois même, pour certains auteurs, cathétérisme droit destiné à apprécier la capacité d'adaptation circulatoire d'un poumon restant.

3. EVOLUTION ET PRONOSTIC

EVOLUTION DEFAVORABLE

1. Décès : il ne faut pas tenir compte seulement du chiffre absolu de décès survenus en cours d'évolution, mais aussi des «chances de survie» du tuberculeux âgé ; en effet, comme le souligne Lesobre «la tuberculose n'est directement en cause que dans la moitié des cas environ ».

Les tares associées sont responsables de nombreux accidents aigus (infarctus myocardique, insuffisance respiratoire aiguë, coma urémique ou hépatique...) ou d'évolutions progressives mais irrémédiables malgré toute thérapeutique (cancer, insuffisance rénale chronique, cachexie).

2. Aggravation sous traitement : celles-ci sont rares, au même titre que chez l'adulte si l'on considère les cas où le traitement a été correctement prescrit et surtout sérieusement suivi. Comme dans le cas d'évolution fatale l'aggravation est la plupart du temps liée à une affection intercurrente ou associée:

EVOLUTION FAVORABLE : ou au moins non aggravée

1. Immédiate :

– disparition complète de tous les signes évolutifs : les auteurs observent d'une façon générale 6 à 8 °/° de guérisons apparemment complètes au bout de 18 à 24 mois de traitement.

– régression considérable des images radiographiques avec bacilloscopies négatives aux examens directs et en culture. Elle est obtenue dans 40 à 60 °/° des cas suivant les statistiques et la durée d'observation des malades.

– le statu quo : malgré un traitement poursuivi régulièrement Lesobre observe que 19 malades sur 130 ont vu, après deux ans, leur état rester identique (V.S. accélérée, B.K. positifs, images radiologiques peu modifiées). C'est là une proportion qui correspond malheureusement à celles généralement données par les différents auteurs ; mais il faut observer avec Renard que le plus souvent il s'agit de malades dont l'atteinte parenchymateuse initiale était très étendue et largement excavée.

2. Lointaine :

Elle est difficile à juger du fait de la «chance de survie» de plus en plus réduite au fur et à mesure que le malade avance en âge. Cependant il semble que lorsque le malade a vu ses lésions se stabiliser puis la guérison intervenir ses chances sont identiques à celles du sujet plus jeune.

Restent les malades dont la tuberculose a évolué vers une stabilisation incomplète, avec persistance d'importantes images radiologiques, vitesse de sédimentation toujours accélérée, bacilloscopies négatives ou positives à éclipse ; ceux-là ont un avenir particulièrement compromis car, non seulement ils risquent de faire une reprise évolutive, mais encore leur état risque de s'aggraver plus ou moins rapidement du fait de l'évolution d'une insuffisance respiratoire ou cardiaque liées à l'importance de leur atteinte.

Les séquelles :

Les réactions scléro-emphysémateuses, les dystrophies bulleuses retentissant sur la fonction respiratoire seraient en particulier pour Brun et Renard, assez fréquentes, surtout lorsque les lésions initiales sont apicales étendues et présentent une importante tendance rétractile.

Ainsi apparait la tuberculose du sujet âgé telle qu'elle est décrite dans la littérature. Nous allons maintenant comparer les résultats que nous a fourni l'étude de 250 malades hospitalisés dans le Service de 1947 à 1963. Nous nous attacherons à comparer nos cas à ceux étudiés par les autres auteurs, à préciser éventuellement certains points qui nous paraitront significatifs, à juger enfin de l'évolution lointaine de nos malades, autant que nous l'ont permis les fichiers du dispensaire départemental et ceux de la consultation du service.

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE DES 250 CAS PERSONNELS

TRAVAIL PERSONNEL

MATERIEL D'ETUDE

Il est constitué par 250 dossiers de malades de plus de 60 ans, appartenant aux deux sexes, hospitalisés au Centre Régional de Phtisiologie de Purpan entre 1947 et 1963.

Leur recrutement est assuré par la consultation du service, les autres secteurs d'hospitalisation, les médecins privés et les dispensaires antituberculeux.

La période couverte par cette étude comprend schématiquement l'époque pré-antibiotique, les tout débuts de l'antibiothérapie, et la période d'organisation progressive d'un traitement tuberculostatique orthodoxe.

Ceci nous permettra, d'une part, de voir si l'aspect de la maladie s'est beaucoup modifié dans ses circonstances d'apparition, son évolution clinique et radiologique, et, d'autre part, quel est son pronostic actuel.

REPARTITION

Etudions tout d'abord le mode de répartition de nos malades.

Les âges extrêmes sont de 60 et 81 ans pour l'homme, 60 et 84 ans chez la femme. L'âge moyen s'est élevé de 62 ans à 67 ans de façon régulière sans que les conditions de recrutement aient changé.

Le nombre de cas a lui aussi suivi une courbe ascendante avec trois clochers plus marqués en 1952-53, 1958, 1961. Cet accroissement est lié en grande partie au fait que le service s'est ouvert en 1947 et a reçu un nombre croissant de malades. Cependant il semble que l'on puisse affirmer avec une quasi certitude que le nombre de sujets âgés hospitalisés a crû régulièrement surtout depuis 1957, que ce soit de façon absolue ou relative par rapport aux autres groupes d'âge.

Il s'agit surtout de malades du sexe masculin : nous comptons en effet 2,8 fois plus d'hommes que de femmes.

ANTECEDENTS

1. ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET COLLATERAUX

Nous avons observé 26 fois des antécédents familiaux ou conjugaux tuberculeux (10,4 °/°). Il s'agit dans la plupart des cas de descendants 10 (dans 2 cas seulement c'était le père ou la mère) et surtout de collatéraux (conjoint 6, frère ou soeur 7).

2. ANTECEDENTS PERSONNELS

1°) Profession exercée au moment de l'hospitalisation :

- sexe masculin : sur 180 malades.

a) - Retraités et sans profession au moment de leur hospitalisation : leur nombre est relativement important (34), ce qui est facilement compréhensible étant donné l'âge moyen des malades.

b) - Ouvriers : 91
. faisant un travail pénible : tel que manoeuvre, maçon, terrassier, magasinier....50.
. dont le métier est sédentaire : employé de bubureau, gardien.....41

c) - Agriculteurs : 38 - ce qui est important, mais explicable par la situation géographique de Toulouse au centre d'une région essentiellement agricole.

d) - Les représentants des professions libérales : 10 - sont beaucoup moins nombreux : peut-être faut-il compter sur le fait qu'un certain nombre se soignent à domicile ou en clinique privée.

e) - les commerçants enfin : 5 - constituent le groupe le moins important.

- sexe féminin :

a) - les ménagères sans profession occupent la plus grande place : sur 70 tuberculeuses pulmonaires âgées de plus de 60 ans nous en notons 59 soit une proportion de 84,3 °/°.

b) - parmi le quart restant nous trouvons :
7 agricultrices
7 ouvrières dont 5 fournissant un travail pénible

2°) Antécédents et associations morbides :

Comme nous l'avons déjà souligné ils ne sont guère séparables étant donné que ce sont souvent les mêmes affections qui ont fait le lit de la maladie, en constituent un facteur aggravant, et en conditionnent le pronostic.

Nous distinguerons :

1. les antécédents tuberculeux
2. les antécédents et associations morbides non tuberculeux :
   - d'une part pulmonaires
   - d'autre part extra-pulmonaires.

1. Les antécédents et associations morbides tuberculeux :

a) Les antécédents tuberculeux pleuro-pulmonaires et extra-pulmonaires.

. pulmonaires : nous les étudierons séparément lorsque nous essaierons de différencier parmi nos malades les vieilles tuberculoses et tuberculoses du vieillard.

. pleurésie séro-fibrineuse : elle est retrouvée chez 25 de nos malades avec une ancienneté très variable qui va de 0 (mode de début apparent) à 56 ans.
Plusieurs remarques sont à faire :

1. Fréquence sensiblement la même chez l'homme (11,1 °/°) que chez la femme (8,6 °/°).

2. Ancienneté : - les PSF éloignés du début clinique (10 ans et plus).

Il faut observer que les pleurésies survenues chez les hommes datent dans la majorité des cas de la guerre 14-18 ce qui a une double conséquence :

- difficulté d'affirmer avec certitude la nature pleurale (pas toujours de ponction !) et l'étiologie tuberculeuse de ces affections étiquetées

parfois «pleurites» sans autre précision.

- correspondance de cette augmentation de fréquence relative avec une forte poussée de l'endémie tuberculeuse.

Nous pensons donc qu'il faut attribuer à ces chiffres une valeur indicative sans plus.

- les PSF proches du début clinique.

Dans 3 cas sur 14 elle date d'un an, dans 3 autres cas elle constitue un véritable mode de début clinique (isolée dans l'un, associée à des lésions parenchymateuses dans 2 autres cas).

b) les antécédents et associations bacillaires extra-pulmonaires.

Nous avons observé chez 29 malades une ou plusieurs autres localisation tuberculeuses qu'elles aient précédé de près ou de loin la tuberculose pulmonaire ou coïncidé avec cette dernière (grosse majorité des cas 80 °/°). Il s'agissait par ordre de fréquence décroissante

. laryngite tuberculeuse : 17 dont 13 chez l'homme et 4 chez la femme - donc même proportion (puisque nous avons 3,2 hommes pour une femme).

Elle constituait 9 fois un signe de début isolé n'étant associé que 7 fois à des troubles broncho-pulmonaires.

Dans 2 cas seulement elle précédait de longue date la tuberculose pulmonaire (mais une fois elle s'inscrivait dans toute une succession de localisations morbides tuberculeuses: successivement PSF, tuberculose uro-génitale, tuberculose laryngée, tuberculose pulmonaire). Il faut souligner la fréquence de cette association tuberculeuse beaucoup plus rare cependant depuis l'ère antibiotique (9 sur 17 ont été observées avant 1951 soit plus de la moitié au cours des quatre premières années, les 8 restantes s'échelonnant sur une période de 12 ans).

. tuberculose ostéo-articulaire : 6
- tumeur blanche : épaule 1
coude 1 + abcès froid (thoracique)
genou 1
- coxalgie 1
- Mal de Pott 1
- kyste synovial du poignet : 1

Elles constituent des antécédents parfois très éloignés : 55 ans dans l'un des cas.

. tuberculose urogénitale : 5 dont :
3 formes urinaires pures
2 formes urogénitales par ailleurs associées ou succédant à d'autres localisations pulmonaires ou extrapulmonaires

. autres localisations : 2
ulcération linguale tuberculeuse : 1
lupus tuberculeux : 1

Nous n'avons pas observé de méningite tuberculeuse.

2. Les antécédents et associations morbides non tuberculeux :

1. Maladies ou tares faisant plus particulièrement le lit de la tuberculose :

a). La plus fréquemment rencontrée est le diabète : 26 cas soit (10,4 °/°).

Deux faits remarquables sont à noter :

– les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes (18/70 contre 8/180) soit proportionnellement 6 fois plus chez la femme que chez l'homme).

– il s'agit dans près de 2/3 des cas (16) et surtout chez les femmes (8) de diabètes de découverte récente et voire

même dépistés lors du bilan de la bacillose (6 dont 5 du sexe féminin).

On peut conclure que lorsqu'il survient tardivement, le diabète, surtout chez la femme est une circonstance favorisante majeure. Par ailleurs, en particulier lorsqu'il est instable, il s'accompagne d'une tuberculose grave (bilatérale dans 18 cas/26 en général excavée), unilatérale étendue dans 5 cas.

b) Au deuxième rang dans l'ordre de fréquence, beaucoup plus que de gravité, viennent les ulcères gastriques, qu'ils aient été traités médicalement ou chirurgicalement.

Nous en avons dénombré 17, soit 6,8 °/° dont 13 avaient fait l'objet d'une gastrectomie. C'étaient tous des hommes.

La gravité de la tuberculose dont ils avaient précédé de 1 à 27 ans l'apparition est bien moindre que dans le cas du diabète.

En effet sur les 17 cas nous n'en trouvons que 11 bilatéraux et encore leur gravité est elle 8 fois mineure.

Il semble donc que si l'ulcère gastrique constitue un terrain propice au développement de la tuberculose, il soit du moins dans notre série un facteur de gravité moindre que le diabète.

c) La cirrhose éthylique est fréquente chez nos tuberculeux âgés.

Cependant des données précises nous manquent pour évaluer avec exactitude d'une part la fréquence de l'éthylisme, d'autre part l'importance du retentissement hépatique. Une enquête effectuée dans les divers secteurs d'hospitalisation du sanatorium nous permet au moins d'affirmer que dans une forte proportion les tuberculeux âgés sont, à des degrés divers, des éthyliques.

2. Affections sans relations directes avec la tuberculose :

a) bronchopulmonaires :

C'est surtout la bronchite chronique qui est relevée dans les observations des tuberculeux âgés (13,3 °/°) encore que ce chiffre paraisse en deça de la vérité.

Beaucoup moins fréquents sont l' asthme, l' insuffisance respiratoire chronique, la silicose (mais notre région n'est pas une région minière).

A titre de curiosité signalons une candidose et une maladie de BBS (vérifiée par biopsie pulmonaire) associées à la tuberculose pulmonaire.

b) Extra-pulmonaires :

. En premier lieu nous trouvons les affections cardio-vasculaires :

- athéro-sclérose dans ses diverses manifestations (hypertension artérielle, Parkinson, infarctus myocardique, artérite des membres inférieurs).
- insuffisances cardiaques
- atteinte valvulaire (IM RM)
- phlébites

affections qui sont susceptibles à tout moment d'évoluer pour leur propre compte.

. Plus secondairement dans l' ordre de fréquence nous trouvons :

- Le cancer (3,2 °/°) - pulmonaire 3, tous postérieurs au début clinique de la tuberculose et siégeant en un point différent.
- laryngé : 2
- rénal avec métastases pulmonaires : 1

- généralisé d'origine probablement pulmonaire :1
- gastrique : inextirpable : 1

- D'autres maladies chroniques telles que syphilis (3), néphrite, épilepsie, spondylarthrite ankylosante, P.C.E., syringomélie, sclérodermie, Addisson (1) catatonie.. ou aiguës (staphylococcie typhoïde..)

Il nous faut insister sur toute cette pathologie associée qui a son rôle dans l'évolution de la maladie et plus particulièrement dans bon nombre d'évolutions fatales.

3. ANCIENNETE DE LA MALADIE

Nous avons arbitrairement, il est vrai, considéré une tuberculose comme une vieille tuberculose à partir de sa cinquième année.

Nous nous sommes basés pour cela sur les données de l'interrogatoire, l'aspect radiologique, les examens antérieurs lorsqu'il y en avait.

Compte-tenu de ce critère nous avons observé :

. 36 malades dont l'atteinte bacillaire date de 5 à 54 ans ! (14,4 %/

Notons au passage qu'avant l'ère antibiotique on voyait déjà des tuberculoses pulmonaires dont l'ancienneté remontait à 20, 30 ans et même plus.

. sur les 214 autres :

- 16 avaient entre 1 et 5 ans

- 198 moins d'un an dont 66 rentraient pratiquement dans la maladie, qu'il s'agisse d'un syndrome pulmonaire aigu, d'une hémoptysie, d'un dépistage systématique à la suite d'une enquête épidémiologique, d'un bilan effectué à l'occasion d'une autre affection, ou d'un examen de médecine du travail.

Il est frappant de constater que sur 250 malades tuberculeux âgés, 198, (soit 79,2 °/°) étaient entrés dans la maladie depuis moins d'un an ! .

Même si l'on ôte de ce pourcentage les tuberculoses minimes restées totalement latentes pendant des années pour évoluer à nouveau au moment du déclin de l' organisme, (formes dont le diagnostic d'ancienneté est pratiquement impossible) on peut toujours affirmer que la majorité des vieillards tuberculeux entre très tardivement dans la maladie (proportion qui ne semble guère s'être modifiée depuis l'apparition des antibiotiques).

CLINIQUE

1. MODE DE DEBUT CLINIQUE

(Soulignons comme nous l'avons d'ailleurs déja fait que ce terme englobe toutes les formes qu'il s'agisse de début vrai, de rechute, ou de reprise évolutive après une période de stabilisation).

Ils sont de tous types - depuis le début suraigu jusqu'à la latence absolue - cependant :

. les manifestations subaiguës sont les plus fréquentes :

Il s'agit d'une altération progressive de l'état général avec asthénie et amaigrissement, de l'apparition ou l'aggravation d'une toux accompagnée d'expectoration. Le malade n'a consulté le plus souvent que pour un déclin important de ses forces le limitant de plus en plus dans ses activités.

Nous avons constaté cet aspect 136 fois(soit 54,4°/°).

C'est dire que dans plus de la moitié des cas la tuberculose s'est manifestée sur un mode d'allure banale dont l'accentuation progressive a obligé le malade au bout de quelques mois à se faire hospitaliser. Mais pendant ces quelques mois il a eu tout le temps d'essaimer ses bacilles tant dans son milieu familial que social, et, pour lui-même, de constituer une tuberculose que l'on a parfois eu la surprise de trouver très avancée.

. Par ordre de fréquence décroissante viennent ensuite les débuts bruyants, à type d'hémoptysie ou de syndrome pulmonaire aigu, amenant d'emblée le malade à consulter.

1°) d'hymoptysie d'abondance variable, isolée ou répétée, inquiétant de toute façon le malade (32 soit 12,8 °/°).

2°) de syndrome pulmonaire aigu : 32
que ce soit : - syndrome pseudo-grippal
- broncho-pneumonique
- à type de pleurésie
- décompensation respiratoire

parfois associés d'ailleurs à une hémoptysie.

Notons que nombre de rechutes ou de reprises évolutives ont pris cette allure aiguë ce qui d'ailleurs se conçoit très bien vu l'extension souvent importante des lésions chez ces malades.

Au total, donc, 64 débuts bruyants sur 250 (25,5 °/°).

Nous sommes loin de la torpidité habituelle de la tuberculose du vieillard !

. Cependant 50 (20 °/°) ont été détectées par la recherche systématique de la tuberculose pulmonaire soit :

- 14 par le dépistage systématique de la médecine du travail,

de pensionnaires d'hospices...

- 5 lors d'enquêtes familiales à la suite de primo-infection
- 31 furent découvertes lors de bilans pratiqués pour une autre affection :

1°) - tuberculose extra-pulmonaire : qu'elle fut évolutive ou stabilisée : 11

- 4 fois il s'agissait de tuberculose ostéo-articulaire
- 7 fois une laryngite tuberculeuse fit rechercher une bacillose pulmonaire latente.

2°) - 20 malades avaient été hospitalisés pour une affection aussi variée que délirium trémens, troubles digestifs, douleurs précordiales, Maladie de During Brock , cancer du larynx, diabète, coxarthrose, R.A.A...

C'est dire l'importance de la radiographie pulmonaire lors du bilan général d'un malade.

En conclusion de cette enquête sur les différentes modalités d'entrée dans la tuberculose chez nos malades soulignons :

- la fréquence des débuts subaigus, marqués surtout par l'atteinte de l' état général.

- celle des formes bruyantes hémoptoïques ou à type de bronchopneumopathie aiguë.

- l'importance enfin de la recherche systématique de la tuberculose chez le sujet âgé.

BILAN D'ENTREE

1. BILAN CLINIQUE

Les signes cliniques sont des plus variables mais, comme nous allons le voir, ils sont présents dans la grosse majorité

des cas. En effet :

Les signes fonctionnels : toux, expectoration, dyspnée, douleurs thoraciques, hémoptysies n'ont rien de typique en elles-mêmes mais permettent déjà, chez un malade asthénique, amaigri de s'orienter vers une affection pulmonaire.

Ils étaient présents 127 fois (50,8 °/°), très importants 91 fois (36,4 °/°) absents chez 32 malades seulement (12,8 °/°).

L'examen physique dénonce le plus souvent une atteinte broncho-pulmonaire que ce soit sous forme de ronchi ou sous-crépitants, sans spécificité, ou de syndromes de condensation, cavitaires, pleuraux... déjà beaucoup plus évocateurs.

Ces signes furent notés 124 fois (49,8 °/°) sans qu'existe un syndrome majeur, fait qui se produisit chez 33 malades (13,2°/°) alors que 96 fois l'examen physique fut pratiquement négatif (38,4°/°).

Les signes généraux enfin, comme nous l'avons déjà souligné dans l'étude des modes de début, furent les plus constants et les plus marqués. L'atteinte de l'état général, l'asthénie, l'amaigrissement, la température étaient :

- nets chez 106 malades - 42,4 °/°
- graves chez 92 (parfois véritable cachexie) - 36,8 °/° soit 79,2 °/° au total.
- 38 fois l'état général du malade était normal - 15,2°/°

Au total, signes fonctionnels présents mais banals, signes physiques inconstants, signes généraux souvent sérieux sans permettre un diagnostic, imposent un bilan à la recherche d'une affection pulmonaire.

2. BILAN RADIOLOGIQUE

Nous avons étudié sous deux angles les images radiologiques observées à l'entrée des malades dans le service.

- l'un est purement descriptif ne tenant compte que des aspects radiomorphologiques
- l'autre essaie de classer ces divers aspects en chapitres bien définis tels que infiltratifs, fibreux, nodulaires ulcérés ou non...

1. Etude descriptive :

a) - formes bilatérales : 186 (74,4 °/°)
- à forte prédominance unilatérale : 44
- diffuses uni ou pluri excavées : 52
- avec évidemment important : 14
- infiltrations plus ou moins étendues : 19
- nodulaires sans excavation évidente : 9
- fibreuses biapicales (excavées ou non) : 29
- miliaires ou broncho-pneumoniques : 22

b) - formes unilatérales : 64
- fibro-nodulaires : 22
- fibreuses ou nodulaires excavées : 13
- infiltrat excavé ou non : 11
- tuberculoses minimes : 5
- lobite supérieure droite excavée dépassée ou non : 28
- fibrothorax : 8 dont 7 gauches
- épanchement pleural isolé ou associé :

Cette classification, très arbitraire il est vrai, permet de se faire une idée des divers aspects observés. Les chiffres donnés ne sont valables que dans un sens relatif du fait que certains aspects sont communs à plusieurs rubriques comme lobite supérieure droite + infiltrat excavé contre-latéral.

2. Essai de classification :

a) - Formes infiltratives :

- pures : 9
- ulcéro-infiltrantes : 38

b) - Fibreuses :
- pures : 9
- ulcéro-fibreuses : 55

c) - Nodulaires :
- pures : 9
- ulcéro-nodulaires : 5

d) - Fibro-nodulaires :
- pures : 17
- ulcéro fibro-nodulaires : 74

e) - Nodulo-infiltratives :
- pures : 4
- ulcéro - nodulaires et infiltrantes : 34

Un certain nombre de conclusions ressortent de cette étude :

– Les sujets âgés présentent 3 fois sur 4 une tuberculose bilatérale (186/250 soit 74,4 °/°)

– Cette tuberculose est excavée 4 fois sur 5(202/250).

C'est dire que c'est dans la grande majorité des cas une tuberculose grave et étendue.

– Elle prend très fréquemment une allure fibreuse (138 ou 55,2 °/°) qu'elle soit isolée ou associée à des nodules de volume et de densité variable, mais l'aspect infiltratif est loin d'être rare (81 si l'on ajoute les aspects infiltratifs et nodulo-infiltratifs soit 32,4 °/°). Enfin les formes nodulaires isolées sont peu fréquentes (14).

D'autres remarques s'imposent :

- La fréquence des lobites supérieures droites excavées, souvent dépassées d'ailleurs.

Cet aspect un peu particulier s'observe en effet chez 28 de nos malades (11,2 °/°).

- fréquence aussi des atteintes fibreuses biapicales (29 soit 11,6 °/°)

- fréquence relative enfin des formes d'allure aiguë ou subaiguë (miliaire ou broncho-pneumonique) 22 cas (8,8 °/°).

- Enfin l'existence d'un certain nombre de fibro-thorax (8) d'évolution ancienne, plus ou moins bien supportés, mais qui, étant fréquemment bacillifaires, présentent un danger particulièrement important pour l'entourage (d'autant plus qu'il s'agit souvent de germes résistants aux bactériostatiques).

3. BILAN BIOLOGIQUE

1. Bacilloscopies :

Elles furent 207 fois positives dès l'examen direct (82,8 °/°) proportion particulièrement intéressante à souligner d'autant plus qu'elle s'élève à 91,6 °/° si l'on y ajoute les cas dans lesquels la culture fut nécessaire pour mettre en évidence le bacille.

Chez 21 malades seulement (8,4 °/°) tous les examens bactériologiques s'avèrent négatifs et ce n'est que sur l'anamnèse, les images radiologiques, les résultats du traitement d'épreuve... que fut porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Cette positivité habituelle des bacilloscopies s'explique assez facilement et l'on considère l'étendue et la gravité particulière de la tuberculose du vieillard.

2. Vitesse de sédimentation :

Nous en avons constaté :

- 54 très augmentées 90 mn ou plus à la première heure
- 109 modérément augmentées (20 à 90 mn)
- 32 peu augmentées ou normales

Dans 51 cas nous n'avons pu obtenir ce renseignement.

De plus il apparait que, si l'on observe d'habitude une modification nette de la vitesse de sédimentation, elle ne correspond pas toujours à l'allure clinique de la maladie, et en particulier à l'aspect radiologique.

Il est fréquent par exemple d'observer une vitesse de sédimentation augmentée et qui le restera d'ailleurs dans des formes fibreuses biapicales d'allure peu évolutive.

3. L'allergie tuberculinique :

Des données précises nous ont manqué pour apprécier la fréquence et l'intensité des réactions tuberculiniques.

Les autres données biologiques ne semblent pas présenter un intérêt particulier tout au moins sur le plan diagnostic.

3. EVOLUTION

Nous distinguerons 3 périodes :

1°) Période préantibiotique : dans laquelle nous groupons 10 malades nombre faible mais intéressant cependant pour servir d'élément de comparaison (jusqu'en 1948).

2°) Période de début d'utilisation des bactériostatiques comportant des hésitations et imperfections avec les conséquences qu'elles entrainent (1948-1953) 33 malades.

3°) Période de standardisation du traitement qui prend peu à peu sa forme actuelle. La grande majorité de nos cas se groupe dans cette période : 207.

EVOLUTION IMMEDIATE

1°) Période pré- antibiotique :

Jusqu'en 1948, le traitement de la tuberculose pulmonaire se réduisait au repos, calcium, et collapsothérapie (pneumothorax, pneumopéritoine, thoracoplastie).

Les résultats de ce traitement ne sont naturellement pas bons ; cependant s'il y a eu 3 fois sur 10 aggravation évoluant vers la mort, dans deux cas l'aspect de la maladie ne s'est pas modifié sur le plan radio-clinique, et 3 malades se sont améliorés . (Pour deux d'entre eux nous n'avons pu connaitre l'évolution).

2°) Débuts de la période antibiotique - (1948 - 53)

Avec l'apparition des bactériostatiques l'aspect de la tuberculose pulmonaire se trouve très modifié - en particulier sur le plan bactériologique.

Aussi distinguerons-nous, d'une part l'évolution radio-clinique, d'autre part l'évolution bactériologique de la maladie.

Dès le début de l'antibiothérapie on constate une amélioration très nette du pronostic de la tuberculose pulmonaire du sujet âgé.

Sur 33 malades en effet il y a eu :

. Amélioration franche (17, soit 51 °/°). Bien souvent le séjour était trop bref pour juger valablement de l' évolution. Cependant nous pouvons faire état de 17 améliorations radio-cliniques de bon aloi.

Sur ces 17 malades 9 ne présentaient pas de bacille dans l'expectoration à leur sortie d'hôpital, 3 étaient positifs. Pour 5 d'entre eux les bacilloscopies à la sortie nous sont restées inconnues.

. statu quo 8 soit le quart environ
parmi eux : 3 crachaient encore des bacilles
1 n'en crachait plus
4 avaient une expectoration pour laquelle nous n'avons pas de renseignements.

. aggravation 3 dont une suivie d'exitus.

3°) Période de standardisation du traitement antituberculeux :

Depuis 1953 le traitement bactériostatique a été un traitement au moins double puis triple associé et de plus en plus prolongé pour atteindre 18 mois au minimum à l'heure actuelle.

Les résultats se sont améliorés en conséquence mais pas autant cependant qu'une telle révolution thérapeutique aurait pu le faire espérer.

En effet le nombre de malades s'étant aggravés, ou ayant conservé un statu quo radiologique (avec ou non négativation de l'expectoration) reste important

- aggravation : 21/207 soit 10 °/°

C'est une proportion inquiétante car ces malades qui se sont aggravés sous traitement vont continuer à cracher des bacilles pendant un temps souvent assez long (les antibiotiques s'ils sont impuissants à négativer la tuberculose en ralentissent cependant l'évolution).

La cause de ces échecs réside d'une part dans l'apparition d'une antibio-résistance, d'autre part dans l'indiscipline fréquente de ces malades.

- statu quo radiologique : 62 (30 °/°)

Parmi ces 62 malades ayant conservé d'importantes lésions radiologiques 35 cependant ont vu leurs bacilloscopies se négativer pendant leur hospitalisation alors que 15 restaient positifs (12 fois les bacilloscopies n'ont pas été notées à la sortie).

Nous avons classé ces malades parmi les résultats décevants car, si l'on a réussi à éliminer momentanément les bacilles de l'expectoration, il persiste encore des lésions évolutives, sources de nouvelles poussées ou de rechutes dans un avenir plus ou moins lointain.

- 103 malades se sont nettement améliorés (50 °/°) dont 81 devenus négatifs, 6 restés positifs (mais avec un délai d'observation court - inférieur à 3 mois) 16 dont le résultat bactériologique nous est resté inconnu.

Chez ces 103 malades, pour lesquels la guérison peut être sérieusement envisagée, les rechutes ou reprises évolutives sont nettement plus rares. La proportion n'est pas très élevée mais il faut tenir compte du fait que ces malades font partie d'une période de 10 ans durant laquelle la mise au point progressive du traitement bactériostatique a permis des résultats de plus en plus satisfaisants.

- les décès survenus en cours d'hospitalisation méritent une étude particulière.

En effet sur 22, 12 seulement sont dus à une aggravation progressive de la tuberculose pulmonaire, alors que 10 sont dus à une affection non tuberculeuse :

- insuffisance rénale : 1
- occlusion intestinale : 1
- collapsus cardio-vasculaire : 3
- ictus apoplectique : 1
- tachycardie ventriculaire : 1
- insuffisance respiratoire aiguë : 1
- catatonie : 1

- surinfection staphylococcique aiguë : 1

EVOLUTION LOINTAINE

Elle a été étudiée grâce à 2 sortes de documents :

1°) Fichiers des dispensaires OPHS et de la consultation du service.

2°) Dossier d'hospitalisation pour les malades revenus à l'occasion d'une reprise évolutive ou rechute de leur maladie.

Nous avons pu suivre ainsi 96 malades soit 38,4 °/° ; les autres originaires de cantons et même de départements voisins se sont dispersés et il ne nous a pas été possible d'en retrouver trace. Le délai d'observation a été de 27 ans, avec un écart maximum de 15 ans en plus et de 2 ans en moins.

C'est naturellement pour les années les plus reculées que nous manquons le plus de renseignements : (ainsi lorsque nous observons des guérisons confirmées à longue échéance, celles-ci ne concernent que des patients hospitalisés à partir de 1950).

1°) Guérisons :

Nous en avons observé 30 soit 31,2 °/°

- de 1950 à 1953 :

2 guérisons sur 9 malades suivis - dans les deux cas elles n'ont été obtenues qu'au prix de séquelles radiologiques importantes mais sont restées stables l'une après 5 ans, l'autre après 7 ans d'observation.

- de 1953 à 1963 :

28 guérisons sur 85 malades observés (32,8 °/°)

. 25 fois l' évolution s'est faite sans encombre et d'un seul tenant vers la guérison. Dans 3 cas elle a été différée par la survenue d'une rechute.

.Les délais d'observation sont très variables allant de 6 mois à 14 ans :

- 7 fois ils n'excédaient pas 1 an , ils étaient donc insuffisants pour affirmer avec certitude la guérison par ailleurs très probable.

- les autres 21 malades ont été suivis pendant au moins deux ans.

. La grande majorité des guérisons (21) a été obtenue sans séquelle ou avec séquelles minimes. Par contre chez 7 malades (dont 2 sur les 3 ayant présenté des rechutes) les séquelles étaient importantes entrainant même dans un cas une insuffisance respiratoire sévère.

Notons que deux malades, bien que guéris de leur tuberculose pulmonaire, sont décédés l'un de cancer du larynx, l'autre de cancer du poumon.

2°) L'amélioration franche - radio clinique et bactériologique, pouvant faire espérer une guérison prochaine, a été constatée chez 19 malades.

Dans 11 cas ces améliorations sont survenues après reprise évolutive ou rechute ; 10 d'entre elles se situent dans la période 1953-1958 durant laquelle le traitement ne présentait pas toujours l'orthodoxie actuelle.

Dans les 8 autres cas l'amélioration a été obtenue sans coup férir ; l'une dans la période préantibiotique, 2 dans les débuts de l' antibiothérapie, 5 concernant la période 1953-63.

3°) Un palier radio-clinique avec persistance de grosses lésions résiduelles, de pronostic par conséquent réservé, a été obtenu 19 fois :

1 dans la période préantibiotique sur 5 malades suivis
3 de 1948 à 1953 (sur 15)
15 depuis 1953 (sur 85 malades observés) : 10 d'entre eux se situent entre 1953 et 1958 ; nous retrouvons là les résultats néfastes d'un traitement incomplet ou trop court.

Ce palier comportait le plus souvent la négativation de l'expectoration : sur 19 cas il y avait :

12 bacilloscopies négatives
4 bacilloscopies positives
3 bacilloscopies inconnues

Sur quatre bacilloscopies positives avant la sorties 2 dataient de la période préantibiotique.

C'est dire encore une fois aue les bactériostatiques ont permis la guérison de la plupart des sujets âgés lorsque leur administration a suivi les règles bien codifiées aujourd'hui. Par contre lorsque le traitement n'est pas correctement administré il n'aboutit qu'à la prolongation de la survie de ces malades au prix de reprises évolutives multiples et de séquelles mutilantes.

4°) Les évolutions défavorables -

Poussées évolutives ou rechutes paraissent particulièrement fréquentes dans notre étude : 42/96 soit 48 °/°, encore faut-il remarquer le caractère péjoratif sélectif de notre recrutement puisque ce sont précisément ces aggravations qui ont motivé le retour en milieu hospitalier de ces malades. De plus nous les avons étudiés individuellement reprenant des cas déjà décrits dans d'autres rubriques telles que : guérison, amélioration, palier évolutif, décès.

La période préantibiotique très courte dans notre étude

et pour laquelle nous n'avons pu suivre que 5 malades nous fournit néanmoins le cas d'un sujet observé pendant 17 ans et qui a subit successivement :

- pneumothorax avec section de bride suivi de réaction liquidienne
- phrénicectomie
- thoracoplastie
- traitement bactériostatique par toutes les drogues connues

Il a ainsi présenté trois poussées évolutives entre 1946 et 1963, gardant encore des bacilles dans l'expectoration aux derniers examens.

- De 1948 à 1953 : 9 tuberculoses (sur 15 observées soit 40 °/°) se sont ainsi aggravées : 3 évoluant vers une issue fatale
2 ne se modifiant guère sur le plan radio-clinique et gardant des bacilloscopies positives.
4 vers une amélioration radio-clinique.

- C'est après 1953 que nous constatons le plus grand nombre de poussées évolutives 32 au total dont 25 entre 1953 et 1958 (soit 54 °/° des malades suivis pendant cette période) et 7 de 1958 à 63 sur 42 suivis (17 °/°). Il faut remarquer les variations de la fréquence de ces aggravations : leur taux maximum s'observe au moment où le traitement ne consistait qu'en une double association médicamenteuse insuffisamment prolongée. Les évolutions défavorables se répartissent ainsi :

- poussées évolutives : 9
- rechutes : 33

L'incidence de ces accidents évolutifs chez un même malade est variable :

- 1 seul : 26 cas
- 2 : 3 cas
- 3 : 2 cas

- 4 : 1 cas

Leur évolution s'est faite

- 9 fois vers une amélioration nette tant radio-clinique que bactériologique

- 13 fois vers une stabilisation des lésions - la durée de surveillance étant en général trop courte pour pouvoir porter valablement un pronostic.

- 6 fois elle nous est restée inconnue

- 4 fois enfin vers la mort mais une fois par cancer de l'estomac.

Il faut noter que tous les accidents évolutifs survenus ces dernières années ont pu être jugulés soit par une reprise de l'antibiothérapie triple habituelle, soit par l'adjonction de bactériostatiques de relai.

5°) L'évolution fatale après la sortie d'hopital mérite encore une attention particulière.

Nous en avons relevé 13 au total :

- les 4 premières entre 1950 et 1953 dont 3 liées à l'évolution même de la tuberculose la dernière étant due à un ictus apoplectique ,

- les 9 autres sont survenues après 1953 : 3 seulement sont imputables à la tuberculose , 6 étant dues à une affection non tuberculeuse (4 cancers - 2 accidents cardio-vasculaires).

Deux remarques s'imposent en outre :

1°) Nous n'avons pas observé d'évolution mortelle liée à la tuberculose pulmonaire depuis 1958.

2°) Cancers et affections cardio-vasculaires occupent une place prédominante parmi les causes de décès non tuberculeuses.

Au total l'évolution lointaine de la tuberculose pulmonaire des sujets âgés que nous avons pu suivre a considérablement varié depuis 1947.

1°. Dans la période préantibiotique, les quelques cas observés ont évolué le plus souvent dans un sens défavorable.

2°. L'apparition des antibiotiques a certes permis une stabilisation des lésions momentanées dans quelques cas, mais à longue échéance 12 sur 15 se sont aggravés ou au moins ne se sont pas améliorés.

3°. L'association des antibiotiques a été au début (jusqu'en 1958) seulement double associée et trop brève - aussi les accidents évolutifs tels que poussées ou rechutes sont-ils les plus fréquents à cette époque (10 entre 1953 et 58 contre 1 de 1958 à 63).

Par contre l'orthodoxie actuelle de la thérapeutique a permis :

— de ne plus observer d'évolution fatale liée à l'évolution même de la tuberculose ;

— d'obtenir la guérison ou une amélioration de bon aloi dans la plupart des cas ;

— de juguler les quelques accidents évolutifs.

4°. L'évolution fatale n'est plus liée à l'heure actuelle à la tuberculose mais à des affections totalement indépendantes telles que cancers et maladies cardio-vasculaires.

CONFRONTATION BIBLIOGRAPHIQUE

Le vieillissement de la tuberculose se retrouve chez nos malades dont l'âge moyen est passé de 62 à 67 ans, et nous trouvons comme la plupart des auteurs trois fois plus d'hommes que de femmes.

Ces malades appartiennent pour la plupart aux classes les moins favorisées ouvriers, agriculteurs surtout.

Leur tuberculose n'est pas une tuberculose particulière mais son aspect , son évolution, ses complications dépendent de l' état antérieur et des affections qui s'associent.

Nous soulignerons la fréquence des pleurésies séro-fibrineuses mais aussi des autres localisations tuberculeuses et en particulier de la laryngite.

Le diabète constitue un facteur étiologique qui domine toute la pathologie associée. En effet, plus encore que l'ulcus grastroduodénal, on peut vraiment dire qu'il fait le lit de la tuberculose et en aggrave considérablement le pronostic surtout lorsqu'il est instable.

L'éthylisme joue un rôle un peu différent mais non moins important. S'il favorise l' éclosion de la tuberculose par

l'état de déchéance physique et morale qu'il entraine, il compromet surtout son traitement, d'une part parce qu'il est à l'origine de nombreuses intolérances, d'autre part par l'indiscipline de ces malades. Souvent ces derniers n'acceptent l'hospitalisation que pour un temps limité et une fois sortis se traitent d'une manière fantaisiste.

Enfin il faut tenir compte de l'usure du système cardio-vasculaire responsable de nombreux accidents totalement indépendants de la tuberculose, mais cause d'aggravation ou de mort de même que les affections néoplasiques.

Considérons maintenant le problème de l'ancienneté de la tuberculose du vieillard.

Si certaines peuvent être considérées comme hyperchroniques, puisque nous en avons observé une vieille de 54 ans, la grande majorité survient dans l'âge avancé puisque nous en avons trouvé 75,5 °/° qui cliniquement avaient débuté leur maladie dans l'année même !

Ce fait vient à l'encontre de l'affirmation de certains auteurs pour lesquels la tuberculose du sujet âgé n'est le plus souvent qu'une reviviscence de foyers anciens.

L'ASPECT CLINIQUE

Est lui aussi d'un grand intérêt.

Le mode de début a été identique chez nos malades à celui habituellement constaté.

Nous avons relevé des chiffres très voisins de ceux donnés par J. Renard puisque :

- les débuts aigus représentent 25,6 °/° (J. Renard 26 °/°)
- les débuts subaigus 54,4 °/° (J. Renard 45 °/°)

Par contre il nous faut insister sur la fréquence relative (20 °/°) des cas de découverte par l'examen systématique soit dans le cadre de la surveillance de collectivités, soit de bilans pratiqués pour une autre affection. Ce fait permet, s'il doit se confirmer, un certain élément d'optimisme.

- L'aspect radio-clinique à l'entrée :

Nous devons souligner l'importance de la baisse progressive de l'état général qui associée à des signes fonctionnels d'allure banale chez le sujet âgé, doit entrainer la recherche systématique d'une tuberculose pulmonaire.

Radiologiquement, nous avons constaté, comme la plupart des auteurs, non pas tant un aspect particulier de la tuberculose du sujet âgé, que le fait qu'elle est dans les 3/4 des cas au moins, grave par son étendue, sa bilatéralité, sa multi-excavation.

Cependant certains aspects évolutifs semblent plus fréquemment observés :

- le mode fibreux prédomine (55,2 °/° chez nos malades) souvent associée d'ailleurs à des éléments infiltratifs ou nodulaires.

- on rencontre avec une certaine fréquence des atteintes apicales : ce sont des formes fibreuses biapicales, et des lobites supérieures droites excavées et le plus souvent dépassées. Au total 22,8 °/° de nos malades. Ceci constitue une proportion notable qui semble plus importante que celle observée chez le sujet plus jeune, sans constituer pourtant, comme l'affirmaient certains la majorité des cas.

- Les examens bactériologiques : donnent des résultats identiques à ceux observés chez les sujets jeunes (91,6 °/° dans notre étude dont 82,8 °/° à l'examen direct).

Quant à la vitesse de sédimentation elle ne constitue guère qu'un élément d'appréciation quant à l'évolutivité de la maladie.

L'EVOLUTION

L'évolution fatale, si elle était en général liée à l'aggravation progressive de la tuberculose durant l'époque préantibiotique et souvent encore lors des débuts d'utilisation de bactériostatiques, est devenue à l'heure actuelle peu fréquente et même rare si nous tenons compte des résultats de notre étude. Les causes de décès sont le plus souvent des troubles cardio-vasculaires, des cancers, et toutes autres altérations liées à la sénescence.

LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

Sont devenus de plus en plus favorables ; deux pas ont été franchis , le premier grâce à l'avènement des bactériostatiques , le second à un traitement mieux codifié quant à la durée, à l'association de drogues, à l'introduction des bactériostatiques dits de «relais» dans l'éventail des bactériostatiques.

Il est certain, compte tenu des «chances de survie» amenuisées avec l'âge que le tuberculeux âgé peut guerir au même titre que le jeune. Depuis que le traitement médical est devenu une association triantibiotique prolongée et continue les poussées évolutives et rechutes sont devenues moins fréquentes et en général accessibles aux antibiotiques de relais. Les indications de la chirurgie n'existent pratiquement plus chez le patient âgé et pour notre part nous avons dû toujours y renoncer.

Cependant , il faut faire une réserve ; un certain nombre de malades - non négligeable - échappent à l'orthodoxie de la thérapeutique. Ces indisciplinés, souvent éthyliques, voient leur tuberculose ralentie dans son évolution. Ils vont de sanatorium en sanatorium, ne restant que quelques semaines ou quelques mois et finissent par devenir polyrésistants. Il est indiscutable que ces malades posent de graves problèmes non seulement thérapeutiques mais épidémiologiques.

CONCLUSION

Le présent travail a eu pour objet l'étude de 250 dossiers de tuberculeux des deux sexes (180 hommes et 70 femmes) âgés de plus de 60 ans.

Nous avons abouti aux conclusions suivantes :

1°. Vieillissement progressif des malades hospitalisés dans le service dont l'âge moyen est passé de 62 ans en 1947 à 67 ans en 1963.

2°. Parmi les antécédents et associations morbides :

- *les antécédents tuberculeux extra-pulmonaires* sont fréquemment retrouvés (25 pleurésies séro-fibrineuses, 29 tuberculoses extra-thoraciques).

Parmi les localisations extra-thoraciques, les laryngites tuberculeuses sont de loin les plus nombreuses, 17 sur 29, et se situent surtout avant 1951.

- *les antécédents et associations morbides non tuberculeux* occupent une place très importante dans la tuberculose du sujet âgé.

Ainsi :

. le diabète (rencontré chez 26 malades soit 10,4 °/°) se présente comme un facteur gravatif de la tuberculose pulmonaire ,

. l'ulcère gastroduodénal (17 soit 6,8 °/°) s'il fait fréquemment

aussi le lit de la tuberculose parait coïncider avec une atteinte moins sévère dans notre statistique.

. la cirrhose éthylique est fréquente et son rôle indiscutable, mais nous n'avons pu obtenir assez de précisions pour pouvoir chiffrer son importance.

Parmi les autres affections associées il nous faut souligner l'importance des maladies cardiovasculaires et du cancer. Evoluant pour leur propre compte, elles modifient considérablement l'avenir du tuberculeux âgé qui peut guérir de sa tuberculose, mais mourir d'un cancer ou d'un ictus apoplectique.

Leur rôle parait devenir prédominant depuis que le traitement bactériostatique orthodoxe a amélioré le pronostic de la tuberculose elle-même.

- *Le caractère récent d'éclosion des lésions tuberculeuses* mérite d'être mis en exergue. En effet, d'après notre statistique, 79,2 °/° des tuberculeux âgés étaient entrés dans leur maladie depuis moins d'un an. Pour les autres l'ancienneté atteint jusqu'à 54 ans !

3°. L'aspect clinique nous a permis de faire les remarques suivantes :

- *Le mode de début* est souvent bruyant (64 sur 250, soit 25,5°/° sont entrés dans leur maladie par une hémoptysie, un syndrome pulmonaire aigu ou un état de détresse respiratoire).

Dans la majorité des cas (136, soit 54,4 °/°) c'est l'atteinte progressive de l'état général qui, au milieu de signes fonctionnels banals, à cet âge, a contraint le malade à l'hospitalisation.

- chez 50 malades enfin (20 °/°) la tuberculose a été découverte :

. soit lors de dépistage systématique (14) soit 5,5 °/° seulement ;

. soit lors d'enquête faite à la suite de contage familial (2 °/°) ;

. soit enfin au cours du bilan d'une autre affection (31 , soit 12,4 °/°)

· *Le bilan radio-clinique à l'entrée* permet les constatations suivantes :

. la tuberculose du sujet âgé est une *tuberculose grave :* 3 fois sur 4 elle est bilatérale, 4 fois sur 5 elle est excavée.

. elle revêt fréquemment une allure fibreuse (55,2 °/°) mais l'aspect infiltratif est loin d'être rare (81, soit 32,4 °/°)

Les lobites supérieures droites excavées, les atteintes miliaires et bronchopneumoniques, les fibrothorax nous ont paru plus fréquentes que chez le sujet jeune.

Les recherches bactériologiques furent positives dans 91,6 °/° des cas.

4°. L' évolution : nous l'avons étudiée en deux temps :

1. Evolution immédiate
2. Evolution lointaine.

EVOLUTION IMMEDIATE

- Les résultats, avant 1948, sont mauvais, 3 cas sur 10 ayant évolué vers la mort.

- Dès le début de la période antibiotique, 25 malades

sur 33 observés ont eu leur maladie stoppée dans son évolution, les bacilloscopies devenaient négatives dans la moitié environ des cas après quelques semaines ou quelques mois.

- Mais les meilleurs résultats ont été enregistrés lorsque les antibiotiques ont été associés.

Cependant cette amélioration n'a pas été aussi radicale qu'on aurait pu l'espérer.

Si 50 °/° des malades se sont améliorés, nous avons observé 21 aggravations et 62 statu quo radiologiques (sur 207 malades, soit 40 °/° au total).

Les décès sont dans la moitié des cas seulement imputables à la tuberculose elle-même, les autres cas d'évolution mortelle immédiate étant dus, 6 fois sur 10, à une maladie cardio-vasculaire.

EVOLUTION LOINTAINE

Elle se présente sous un aspect à peu près identique. En effet :

. dans la période préantibiotique elle est en général défavorable ;

. les premiers traitements antibiotiques n'ont fait que stabiliser provisoirement l'évolution. A longue échéance elle s'est faite 12 fois sur 15 vers l'aggravation ou tout au moins vers un palier radio-clinique de pronostic mauvais.

. l'association antibiotique, tant qu'elle n'a été que double et de courte durée n'a pas empêché la survenue d'accidents évolutifs (poussées ou rechutes) nombreux : 10 entre 1953 et 1958 contre 1, de 1958 à 1963.

. Par contre, le traitement conduit selon les normes actuelles a permis :

. de ne plus observer d'évolution fatale de la tuberculose (à lointaine échéance) depuis 1958.

.. d'obtenir la guérison ou une amélioration de bon aloi dans la plupart des cas.

. de juguler les quelques accidents évolutifs.

L'évolution fatale n'est plus liée à l'heure actuelle qu'à des affections non tuberculeuses telles que cancers et maladies cardiovasculaires.

Ainsi nous est apparue la tuberculose du sujet âgé de plus de 60 ans, tuberculose encore grave du fait de sa découverte trop souvent tardive, mais dont le pronostic a été radicalement transformé par l'apparition des antibiotiques.

L'intensification du dépistage systématique, chez le sujet âgé, doit constituer, à l'heure actuelle, le principal objectif à atteindre.

La maladie étant traitée dès le début, les résultats seront sans nul doute meilleurs et ainsi disparaitra l'un des derniers bastions qui s'opposent à l'éradication de la tuberculose.

Vu, le Président de Thèse,
L. MOREL

Vu, le Doyen
pour le Doyen, l'assesseur,
P. BLANC

Vu, et permis d'imprimer,
Toulouse, le 14 Avril 1964

Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Doyen Délégué,
G. LAZORTHES

BIBLIOGRAPHIE

1. AMSLER R. La tuberculose pulmonaire des sujets de plus de 50 ans et la tuberculose sénile. Aspects actuels, fréquence, symptômes, thérapeutique. - *Gaz. méd. France. fév. 1954, 61, n°3, 195-203.*

2. AMSLER R., GIRARD J. et SUARD J. - Fréquence et méconnaissance actuelle de la tuberculose pulmonaire des vieillards dans les hôpitaux et maisons de retraite. Urgence d'une prophylaxie organisée. - *Concours méd., 9 janv. 1960, 82, N°2, 133-138.*

3. AUBRIOT G. et RAYNAUD de LAGE E. - La tuberculose pulmonaire des sujets âgés de plus de 50 ans. (Etude statistique de 454 cas comparés à un groupe témoin de 1442 malades). - *Rev. Tub., sept. - Oct. 1961, 25, N° 9- 10, 1123-1129, 8 tabl.*

4. BALMES A. - Aspects radiocliniques de la tuberculose sénile. *Marseille méd. 1959, 96, n°9, 631-632.*

5. BARRIE - Recherches sur la tuberculose sénile. *Revue de Médecine, 1895, 15, 783, sqq.*

6. BARGAIN J.E. - Contribution à l'étude de la tuberculose du vieillard. - *Thèse Paris, déc. 1953, 962, 50 pages.*

7. BATICLE - La tuberculose pulmonaire des personnes âgées. *Thèse Bordeaux 1961, N° 165.*

8. BENDA R. et SCHERRER J. - Encyclopédie Méd. Ch. - Tuberculose Pulmonaire F. clin. suivant âge et sexe.

9. BERESFORD O.D. - Pulmonary tuberculosis in Old age - *Brit. J. Tub. 1957, 51, 189, 194.*

10. BERNARD E., LOTTE A. - Rapport sur l'âge phtisiogène (*Acta Tub. Belg. 1954, 45, 5-36).*

11. BERNARD E. - Regard sur l'avenir dans la lutte anti-tub. *(Acta-phtisiologica 1956, 25, 2-14).*

12. BERNARD E., LOTTE A., PRETET S. - Mesure du péril tuberculeux (*Rev. Tub. 1959, 23, 759-768).*

13. BERNOU A., GOYER R., MARECAUX L., TRICOIRE J. et JOUBAUX P. - Résultats du traitement de tuberculeux âgés (trois statistiques). - *Rev. Tub., sept.-oct. 1972, 26, n°9-10, 972-978.*

14. BERTHIER J. - A propos des tuberculoses pulmonaires apparemment tardives. - *Marseille méd. , 1959, 96, N°9, 636.*

15. BIRON A. - La tuberculose pulmonaire chez le vieillard. - *Progrès méd., 10 nov. 1960, N° 21, 370.*

16. BOUR H. - Considération sur le poumon du vieillard - Commission de Gérontologie - *Rev. d'Hygiène 6, N° 4, 1958, p. 249.*

17. BRUN J. - A propos des tuberculoses tardives - Poumon et Coeur, *Juin-Juil. - août 1961, 17, N° 6, 617-620.*

18. BRUN J. - A propos des tuberculoses dites de la cinquantaine - *Marseille méd. , 1962, 99, n° 10, 886-887.*

19. CALAMARI F. - La tuberculose chez le vieillard d'après les observations schermographiques. - *Lotta contro Tub., Janv.- fév. 1954, 34 N° 1-2 , 71-76 (Bibliogr.).*

20. CATTANEO C., DE SIMONI G. et SALOMONE G. - Aspects biochimiques de la tuberculose chez le vieillard. *Lotta Contro Tub., déc. 1961, 9, n° 12 1425-1432, 5 tabl.*

21. COLLAS R., BOREL M.F. et GIRAUD C. - L'allergie tuberculeuse des gens âgés (Etude sur 654 pensionnaires de l'Hospice d'Albigny). *J. Méd. Lyon, 20 juil. 1962, 43, n° 1015-1224, 5 tabl. (Bibliogr.).*

22. COURY C. et MARLAND P. - Les réactions tuberculiniques cutanées dans un hospice parisien de vieillards. - *Rev. Tub., 1948, 12, N°5 - 6, 391-393.*

23. COURY C. et WIRIOT M. (Mlle) - La sensibilité à la tuberculine chez les sujets tuberculeux et non tuberculeux de plus de 50 ans. *Poumon et coeur, nov. - déc. 1961, 17, n°9-10, 743-749(Bibliogr.)*

24. DADDI G. CORDA M.PASARGIKLIAN M. - La tuberculosi nell'età avanzata Minerva - *Med 1954, 45, 934-937.*

25, DE LUCA V. - Les processus tuberculeux aigus pulmonaires primitifs chez le vieillard - *Arch. Tisiol., mars 1953, 8, n°3, 210-217, 4 tabl. (résumé français).*

26. DUFOURT A. - La tuberculose pulmonaire des vieillards *(Rev. Lyon méd. 1957, 6, 195-209).*

27. DUMAREST J. - La tuberculose de la cinquantaine - Poumon et Coeur, *juin-juil. - août 1961, 17, n°6, 613-616.*

28. DUMAREST J. - Les tuberculoses de la cinquantaine - *Marseille méd., 1962, 99, n° 10, 884.*

29. DUMON G., DUMON-LEGRE (Mme) et LAUGIER J. - A propos des aspects de la tuberculose pulmonaire après 50 ans. - *Marseille méd., 1962, 99, n° 10, 886.*

30. FEGIZ G. et SPINA G. - Problèmes et aspects actuels de la tuberculose du vieillard. - *Lotta contro Tub., déc. 1961, 31, n°12, 1352-1370, 5 tabl. (Bibliogr.).*

31. FISCHER G. - La clinique phtisiologique au goût du jour : quelques caractéristiques de la tuberculose chez les vieillards. - *Concours méd. , 15 Fév. 1939, 61, n° 7 bis, 451-454.*

32. FOURESTIER M et CHATAIN J. - Tests cutanés tuberculiniques chez 745 vieillards. - *Rev. Tub., oct.- déc. 1943, 8, n°10-12, 168-169.*

33. FREOUR P. - La tuberculose pulmonaire chez les sujets âgés . - *Rev. Tub., mai- Juin 1961, 25, n° 5 - 6, 560-589.*

34. FREOUR P. - Etude clinique de la tuberculose pulmonaire des personnes âgées . - *J. Méd. Bordeaux, déc. 1961, 138, n°12,1545 - 1560 (Bibliogr.)*

35, GABLER E. - Contribution à la tuberculose chez les vieillards avec considération particulière de la tuberculose cirrhotique du lobe supérieur droit. - *Wien. méd. Wschr., 31 mars 1951, 101, 239.*

36. GAMAIN B. - Les troubles fonctionnels chez les tuberculeux âgés - *Colloque aux J. méd. de Laennec Mai 61 - Revue tub. 1961, 5-6 p. 580-3.*

37. GURICH W. - L'aspect clinique de la tuberculose pulmonaire chez le grand vieillard. - *Tuberkulosearzt, août 1961, 15, n°8, 525- 535 , 8 fig. (Bibliogr.) (résumé français).*

38. KALLQVIST I. - Résection pulmonaire chez le malade d'âge moyen et le vieillard. - *Am. Rev. Tub., Janv. 1956, 73, n°1, 40-51 (Bibliogr.) (résumé franç.).*

39. KESZTELE V. - La tuberculose pulmonaire chez le vieillard. - *Wien. méd. Wschr., 24 juin 1961, 111, n° 25-26, 432-433.*

40. LAVAL P., BALOZET P. et XAU P.F. - Les formes radio-cliniques de la tuberculose pulmonaire de la cinquantaine. - *Marseille méd., 1962, 99, n° 10, 885.*

41. LESOBRE R. et KAUFMAN E. - La tuberculose du vieillard (étude de 150 observations hospitalières). - *Rev. Praticien, 21 janv. 1960, 10, n° 3, 291-314 (Bibliogr.).*

42. LOMBARD P. - De la tuberculose pulmonaire chez le vieillard. *Thèse Marseille, 1944, n°3, 29 pages.*

43. MANSER H. - A propos de la tuberculose du vieillard et de son comportement au cours de la cure sanatoriale. - *Rev. suisse Tub., 1953, 10, n° 2 65-82, (Bibliogr.).*

44. MATTEI Ch. - L'erreur thérapeutique et prophylactique meurtrière de l'abandon officiel des tuberculeux âgés et pauvres. - *Bull. Acad. nat. Méd., 9-16-23 juin 1953, 137, n°21-22-23, 324-327.*

45. MEYER L., DURAND M. et RAZAFIN-DRAHABAM. - La tuberculose du vieillard en sanatorium de plaine. - *Marseille méd., 1959, 96, n° 9, 636.*

46. MYERS J.A. - L'histoire naturelle de la tuberculose dans le corps humain. IV. Comportement de la tuberculose parmi les gens âgés. *Am. Rev. Resp. Dis., fév. 1962, 85, n°2, 232-247 (Bibliogr.)(résumé français).*

47. PARAF J., LOIREAU, PARAF (Mlle), RICHER , RAPAUD et VIVERET - Forme particulière de tuberculose broncho-pneumonique massive survenant chez des sujets âgés. Traitement antibiotique efficace. - *Rev. Tub., juil.-août 1956, 20, n° 7-8, 855-861.*

48. POINTILLARD. - *J. médical de Leysin Mai-Juin 1953, n°3.*

49. RABUKHIN A.E. et coll. - La tuberculose pulmonaire chez le vieillard. - *Klinitchescaïa med. (Moscou), 1962, 40, n°12, 18-23, 5 tabl. (bibliogr.).*

50. RENARD (J), BERTRAND (Y) et PUVINEL (B). - La tub. pulm. de l'adulte après 50 ans - *P et coeur 1963 n°8, p.835-847.*

51. REST. A. - La tuberculose du vieillard. - *Am. rev. Tub., mars 1942, 45, N°3, 280-287 (Bibliogr.).*

52. SERGENT et R. DUMAS - Traité de la tuberculose 1920 *(p 15).*

53. SIGHART H. Les particularités de la tuberculose du vieillard. *Wien. med. Wschr., 30 sept. 1961, 111, n°39, 625-628, 12 fig.(Bibliogr.)*

54. SMITH J. - Quel est le degré de chronicité de la tuberculose pulmonaire chez le vieillard. - *Brit. Med. j., 6 juin 1959,n°5135, 1448, 1451, 2 tabl. (Bibliogr.)*

55. THOMPSON J.R. - Tuberculose des personnes âgées - *AM. Rev. Resp. Dis, nov. 1960, 82, n°5, 682-686 (Bibliogr) (résumé français).*

56. VIDAL J., FOURCADE J. et GUIN J.J. - Considérations actuelles sur la tuberculose pulmonaire évoluant au-delà de la cinquantaine. Marseille méd., 1959, 96, n° 9, 593-597.

57. VIDAL K., GUIN J.J., et DECOR Y. - Les caractères et le pronostic actuel de la tuberculose pulmonaire chez les sujets âgés de plus de 50 ans. *Rev. Tub., 1962, 26, n°1, 1-12.*

58. VOISIN RM, WARNERY M. et CORRIOL R. - L'alcoolisme, facteur de tuberculose chez les personnes âgées. - *Marseille méd. 1959, 96, n° 9, 633-635.*

59. WEBER J.C.P., EDGE J.R., GEAKE M.R., HELM W.H. et WARD R.L. - Traitement antibactérien de longue durée pour tuberculose pulmonaire chez des malades de plus de 50 ans. - *Am. Rev. Resp. Dis., janv. 1963, 87, n°1, 116-119.*

60. WINKELMANN M. - Problèmes soulevés par la tuberculose chez le sujet âgé. *Tuberkulosearzt, juil. 1958, 12, n°7, 439-444 (Bibliogr.) (résumé français).*

61. YASCHENKO B.P. et DEMINA V.Z. - Particularités radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez les sujets âgés et les vieillards et leurs altérations dynamiques au cours du traitement antibactérien. *Vestnik. radiol. (Moscou), 1963, 38, n°2, 37-42*

62. ZUELKE E., ADAMS E. et BLOCH G. - Thoracoplastie pour la tuberculose pulmonaire. Observations sur 32 malades âgés . *Am. Rev. Tub., oct.- nov. 1946, 54, n°4-5, 368-375 (Bibliogr.)*

63. XVIème Conférence Internationale de la Tuberculose *(Toronto 10-14 septembre 1961) :* La tuberculose pulmonaire chez les sujets âgés de plus de 50 ans - Rapports et communications *Excerpta Medica 41- 137-151.*

64. Colloque aux Journées Médicales de Laënnec 11-12 Mai 1961. *Revue Tuberculose 5-6 - 1961 p. 560 sqq.*

Imprimé au CENTRE D'EDITIONS
UNIVERSITAIRES DE L'A.G.E.T.
15, Rue des Lois à TOULOUSE -
- MAI 1964 -